

S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers

Guide à destination des représentants des usagers

Juillet 2015

Ce guide, comme l'ensemble des publications,
est téléchargeable sur **www.has-sante.fr**

Haute Autorité de Santé – Service Communication - Information
2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juillet 2015.

Sommaire

Glossaire

CQ : Compte qualité

CDU : Commission des usagers

CISS : Collectif interassociatif sur la santé

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge[1]

DPC : Développement des pratiques professionnelles

EPP : Évaluation des pratiques professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

PAQSS : Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

PNSP : Programme national de sécurité des patients

RU : Représentant des usagers

---

[1] Renommée commission des usagers dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé du 14 avril 2015.

Mode d'emploi pour échapper à la lecture fastidieuse de 70 pages d'un guide !

Ce document n'a pas vocation à être lu de bout en bout, de manière linéaire. Il rassemble :

- des éléments informatifs pour mieux comprendre l'environnement dans lequel s'inscrit votre participation à la certification ;
  - une présentation des différentes étapes de la certification,
  - les modalités possibles de votre implication,
  - les sources d'informations que vous pouvez mobiliser ;
- des outils à mobiliser en fonction de vos besoins pour favoriser votre implication effective ;
  - les fiches de questionnement sur des thématiques de la certification,

Par où commencer ?

« Je suis RU dans le conseil de surveillance et il vient d'être annoncé que l'établissement va prochainement commencer sa procédure de certification, le directeur ayant signalé le lancement prochain des travaux sur le compte qualité »

Vous êtes au début de « l'aventure »… Une présentation des ***principes de la certification*** *figure à la page 10, puis, vous pourrez vous référer à la présentation du compte qualité à la page 11.*

Pour y participer, prenez connaissance des ***grilles de questionnement****, page 28, et prenez le temps d'échanger avec vos pairs sur les questions qui vous paraissent les plus pertinentes à traiter.*

Si vous cherchez des informations, la liste des ***sources d'information****, page 17, pourra vous aider ; dans tous les cas, n'hésitez pas à interpeler vos interlocuteurs habituels dans l'établissement.*

« Je suis RU en CRUQPC, et lors de la dernière séance, le responsable qualité a présenté le compte qualité qui doit être prochainement envoyé à la HAS et demande votre avis »

Commencez par prendre connaissance de l'encadré « ***savoir lire un compte qualité*** *», page 16.*

Si des éléments vous paraissent incomplets, ou si vous souhaitez croiser les résultats du compte qualité avec d'autres éléments dont vous disposez, vous pouvez vous reporter aux ***fiches de questionnement*** *des pages 30 à 54. Bien choisies, elles vous aideront à structurer votre réflexion.*

Enfin, vous serez rencontrés dans quelques semaines par un expert-visiteur, vous pouvez commencer à vous préparer en lisant le ***chapitre sur la visite*** *page 55.*

« Je viens d'apprendre que la visite de certification a lieu dans trois semaines et que je vais être rencontré par les experts-visiteurs, je ne suis au courant de rien »

Il est encore temps de vous préparer ! Rendez-vous directement au ***chapitre sur la visite****, page 55 ; la présentation de son déroulement et le guide d'entretien proposé devraient vous aider à rassembler les éléments que vous souhaitez partager avec les experts-visiteurs.*

Points clefs de la participation des représentants des usagers (RU)

Inscrivez-vous dans une dynamique collective	avec les RU et les bénévoles associatifs intervenant dans l'établissement.
Collaborez avec les professionnels	La préparation de la certification doit être l'occasion de renforcer des liens déjà existants et d'en créer de nouveaux pour collaborer au quotidien en toute confiance. N'hésitez pas à les interpeler, à leur demander de l'aide pour mieux comprendre, interpréter des données.
Faites en fonction de vos moyens	Fixez-vous des priorités, choisissez les critères qui vous intéressent le plus, qui vous paraissent les plus utiles au regard de vos informations. En outre, la certification incite les établissements à établir des priorités plutôt qu'à vouloir embrasser tous les sujets.
Impliquez-vous pour être efficace	L'idéal est de s'impliquer en amont du compte qualité, pour pouvoir y contribuer. *A minima*, il est indispensable de préparer la rencontre avec les experts-visiteurs et de prendre connaissance du compte qualité dans cette perspective.
Assurez-vous d'avoir des données factuelles et non contestables	Citez vos sources d'information (questionnaire de satisfaction, analyse des réclamations, éléments discutés en CRUQPC, etc.).
Restez bien dans votre rôle de représentant des usagers pour être audible	Faire valoir les éléments positifs et les dysfonctionnements du point de vue des usagers.

La participation des RU dans la certification : Pourquoi ? Comment ?

La Haute Autorité de Santé (HAS) est convaincue que l'implication des représentants des usagers (RU) dans la certification est un levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Chacun poursuivant ces mêmes objectifs, le partenariat est naturel entre les RU et les professionnels de santé, les responsables médicaux et managériaux.

- **L'engagement des RU dans la procédure de certification contribue à la transparence de la procédure et favorise la confiance en la certification.**
  - La participation des RU renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle donne accès à des retours, des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et faiblesses.
  - Une réelle implication des RU, en collaboration avec les professionnels, favorise la résolution des dysfonctionnements constatés dans l'établissement.
  - Enfin, le RU peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

  A terme, cette collaboration s'avère gagnant-gagnant : la procédure gagne en crédibilité et le RU en légitimité.

- **L'engagement des RU dans la certification participe à l'ouverture d'un nouvel espace de dialogue et d'information lié à la démarche qualité et sécurité des soins et à la promotion des approches centrées sur le patient.**
  - L'objectif de la certification vise une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la prise en charge des patients et est de fait en adéquation avec les missions de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge[2] (CRUQPC).
  - Les enjeux de la qualité ne se traitent pas uniquement par un abord technique ou professionnel ; ils nécessitent d'être mis en discussion au regard des questions de l'usage, impliquant de ce fait l'expression d'un point de vue extérieur, d'un regard complémentaire.
  - L'implication des RU permet d'enrichir la mise en œuvre des méthodes, notamment celles du patient traceur. Porte-parole de l'expérience et des attentes des usagers,

[2] Renommée commission des usagers dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé du 14 avril 2015.

les RU s’assurent de la prise en compte de l’expression des usagers et de la valeur accordée à la subjectivité de cette expression.

- **L’engagement des RU dans la certification renforce les droits collectifs et individuels des usagers.**
    - Il ouvre l’opportunité de construire une dynamique pour faire connaître et faire évoluer la représentation des droits des usagers dans les cultures professionnelles et les établissements.
    - Il favorise la collaboration et le décloisonnement de deux mondes qui devront mieux se connaître, RU et soignants, pour construire un partenariat autour des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

Il est donc essentiel pour la HAS que les RU puissent prendre pleinement leur place dans la certification. Cela nécessite d’accompagner cette expression afin qu’elle trouve place non seulement dans la certification mais également dans la démarche et la politique des établissements.

Pour ce faire, des RU ont été sollicités : ils ont fait des propositions quant à leur participation à la certification et contribué à l’élaboration de ce guide à destination de l’ensemble des RU dans les établissements de santé.

UN GUIDE CONSTRUIT AVEC DES RU POUR LES RU

L'OBJECTIF DE CE GUIDE EST DE PROPOSER UN CADRE METHODOLOGIQUE SOUTENANT L'IMPLICATION DES RU ET DES BENEVOLES ASSOCIATIFS INTERVENANT DANS L'ETABLISSEMENT.

Il propose des grilles de questionnements permettant de **rassembler les informations dont disposent les RU pour porter un regard évaluatif sur la manière dont l'établissement satisfait ou non les exigences de la certification**. Ces grilles se veulent être une aide. Il ne s'agit pas d'y répondre ligne à ligne. N'hésitez pas à l'adapter à votre situation, aux moyens dont vous disposez et à vos enjeux.

Pour la plupart, ce sont des sujets que vous avez déjà abordés. **Ils ont vocation à être régulièrement mis à l'ordre du jour en CRUQPC. L'utilisation de ce guide entre en résonnance avec votre mandat de représentant des usager**s. Il peut être une aide pour mieux vous intégrer et participer à la vie de l'établissement et pour vous faire connaître des professionnels de santé.

Cette première étape a vocation à **nourrir le dialogue avec l'établissement** et à poser les bases d'une collaboration des RU au compte qualité et à l'évaluation des thématiques. Ces éléments, complétés de ceux qui ressortiront du travail avec l'établissement, seront de nouveau utilisés pour l'entretien avec les experts-visiteurs.

Les questionnements qui figurent dans ce document intéressent les établissements et leurs professionnels, ainsi que les experts-visiteurs lors de la visite de certification. **Alors, n'hésitez pas à porter à leur connaissance tous les éléments que vous aurez rassemblés en répondant aux questions figurant ci-après. Vous ne pourrez qu'enrichir la réflexion et les échanges.**

La certification en une page

La certification des établissements de santé est une obligation légale depuis 1996. Elle est pilotée par la HAS et évalue la qualité et la sécurité des soins délivrés par les établissements de santé. Elle s'intéresse à la fois à la prise en charge du patient et au pilotage des établissements. Les objectifs de qualité et de sécurité à atteindre par l'établissement sont fixés dans le manuel de certification : ce sont les références.

Jusqu'en 2014, pour savoir si ces objectifs étaient atteints, l'établissement s'appuyait sur l'ensemble des références du manuel pour évaluer les écarts entre les exigences du manuel et la réalité du terrain. L'établissement conduisait son « auto-évaluation ». Sur la base de cette auto-évaluation, la HAS déterminait les modalités de la visite par les experts-visiteurs.

Première étape de la certification, l'auto-évaluation n'est aujourd'hui plus obligatoire en tant que telle. Néanmoins, les exigences du manuel sont toujours d'actualité. L'établissement ne fait pas parvenir son « auto-évaluation » à la HAS mais un autre support qui est appelé « compte qualité ». Ce dernier a un caractère obligatoire et doit être adressé à la HAS tous les deux ans. Le compte qualité a vocation à présenter les priorités d'action de l'établissement sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, à partir d'un état des lieux des forces et faiblesses de l'établissement sur des thématiques déterminées par la HAS. Ces thématiques réorganisent les critères du manuel de certification.

Deuxième étape de la certification, la visite des experts-visiteurs dans l'établissement intervient généralement une fois tous les 4 ans. Dans certaines situations la durée pourra varier, notamment en fonction du niveau de maturité de l'établissement et aller jusqu'à 6 ans. Ils viennent, à l'appui des éléments rapportés par l'établissement, évaluer sur le terrain le niveau de mise en œuvre. Leur action est déterminante pour préparer la décision de certifier ou non l'établissement. Le temps de la visite s'appuie sur de nouvelles méthodes qui seront détaillées ultérieurement.

À l'issue de la visite, les constats des experts-visiteurs sont envoyés à la HAS qui, sur la base de ce retour, prendra sa décision. Le circuit de décision implique les membres de la commission de certification des établissements de santé, qui comprend des professionnels de santé de divers horizons et des représentants des usagers. La décision finale est prise par le Collège de la HAS. Le rapport de certification est rendu public sur le site de la HAS et les conclusions doivent être affichées et diffusées par l'établissement.

Contrairement à ce qui existait en V2010, la certification avec réserve n'est plus possible. En fonction des résultats, la HAS peut prononcer les décisions suivantes :

- Certification ;
- Certification, assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration ;
- Certification, assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration ;
- Sursis à statuer pour la certification ;
- Non-certification.

Selon la décision prononcée, l'établissement peut avoir à rendre compte à la HAS des mesures prises pour y répondre. La non-certification oblige l'établissement à mener les actions correctives nécessaires pour présenter un nouveau dossier.

Participer au compte qualité

1 Le compte qualité : qu'est-ce que c'est ?

Le compte qualité est un **support aux démarches d'amélioration continue de la qualité et à la gestion des risques,** utile d'abord pour l'établissement. Il doit être envoyé tous les deux ans à la HAS. Cette périodicité assure ainsi un processus plus continu. Elle permet d'éviter que l'établissement ne ralentisse sa démarche pendant trois ans pour remobiliser ses professionnels un an avant la visite des experts-visiteurs.

Avec le compte qualité, la HAS demande aux établissements de suivre et d'évaluer eux-mêmes leurs progrès, en continu, sur les différentes thématiques de la certification, à partir de leurs priorités.

Le contenu du compte qualité personnalise la démarche de certification de chaque établissement, celui-ci étant réalisé dans chaque établissement en fonction de la nature de son activité et de ses types de prises en charge. Sa structuration se fonde principalement sur les 21 thématiques définies par la HAS, parmi lesquelles 14 sont obligatoires. Chacune de ces thématiques est analysée selon le plan suivant :

- Une analyse des principaux risques ; il n'a pas vocation à être exhaustif sur tous les risques.
- Une analyse des éléments objectifs dont dispose l'établissement pour s'évaluer : résultats antérieurs de la certification, indicateurs nationaux, indicateurs locaux…
- Une analyse réalisée par l'établissement qui permet de comprendre notamment le contexte et les priorités pour lesquels il opte.
- Un plan d'action.

Il est fortement recommandé que les RU connaissent et participent, en partie, à la réalisation du compte qualité de leur établissement. Ce dernier doit être présenté et débattu, non seulement au moment de sa réalisation en vue de la visite de certification, mais aussi au fil du temps, notamment lors des mises à jour. Cela est d'autant plus indispensable que **le compte qualité relève de la même logique et d'un contenu en partie similaire au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).**

Point de vue de RU

« C'est une vision plus positive, c'est plus facile que les auto-évaluations de la V2010, plus précis, plus descriptif, plus humain, mais l'accumulation des données peut perdre le lecteur. »
« Cela montre davantage un mouvement, une dynamique de l'établissement, que la photographie un peu statique de la V2010, la référence à la situation antérieure montre le caractère continu de la démarche. »

Le compte qualité est un outil précis, intéressant, qui entre dans le concret, c'est aussi un outil très technique. Les RU doivent s'y préparer s'ils veulent pouvoir peser dans la réflexion de l'établissement, sinon ils seront cantonnés à un rôle passif.

2 Première étape : forger son point de vue de RU en amont

La première étape de l'implication des RU vise à produire un point de vue collectif à partir de différentes sources d'information et sur la base d'un questionnement à l'intersection des attentes de la certification et des priorités des usagers.

Encore une fois, il convient de rappeler que cette démarche se fonde naturellement sur les travaux de la CRUQPC. Cependant, les RU concernés par la certification ne se réduisent pas à ceux de la CRUQPC, l'enjeu est de **rassembler l'ensemble des RU de l'établissement**, y compris ceux qui siègent au conseil de surveillance dans les établissements publics, et dans les autres instances qui ont en charge la douleur, les risques, etc. L'implication dans la certification doit également renforcer les collaborations avec les associations intervenant dans l'établissement et permettre aux bénévoles associatifs de l'établissement d'y participer également.

Pour aider les RU à construire leur point de vue à partir d'observations valides et pertinentes qui seront prises en compte par la direction et les équipes, ce guide propose :

- un recensement et une caractérisation des **sources d'information** dont ils disposent. Les RU peuvent se faire aider par leur interlocuteur privilégié au sein de l'établissement pour accéder à ces différentes sources, s'ils le souhaitent. L'essentiel est de croiser les informations issues des différentes sources et plus particulièrement les réclamations des usagers, leur niveau de satisfaction et le signalement des événements indésirables.

- des **grilles de questionnement** construites à partir des critères des trois thématiques centrales de la certification les plus pertinentes du point de vue des RU :
  - Le management de la qualité et la gestion des risques.
  - Le parcours du patient.
  - Les droits des patients.

Les questions proposées ne doivent pas être appréhendées de manière exhaustive, elles sont surtout des guides de questionnements dont l'enjeu est d'organiser toutes les connaissances dont les RU disposent déjà et à pouvoir les valoriser auprès des professionnels. Dans un premier temps, il convient de répondre à ces questions sans recherche supplémentaire**, la plupart des éléments étant abordés régulièrement en CRUQPC**. Les RU peuvent ensuite décider d'approfondir un ou deux points en fonction de leurs enjeux. Dans ce cas-là, les sources d'information présentées ci-après sont une aide pour collecter de nouvelles données.

Témoignage de RU

« J'avais adressé à chacun des autres RU le « Guide des représentant des usagers » et leur avais demandé de sélectionner ce qui leur semblait intéressant au sens d'un apport quelque peu spécifique en travaillant sur les fiches « conseil » de chacune des trois thématiques. C'est ensemble que nous avons décidé des différents items. J'ai ensuite réalisé les fiches, leur ai retournées pour remarques. Cela nous a permis de préparer un document que nous avons prévu de transmettre à « notre expert-visiteur » coordonnateur. »

A partir de l'ensemble des données ainsi recueillies et analysées, il convient de **synthétiser les éléments que les RU souhaitent valoriser auprès de l'établissement**. Cela pourra être réalisé à partir d'un document qui sera discuté en CRUQPC puis adressé à la direction de l'établissement. Elle aura la responsabilité de le transmettre à l'ensemble des responsables des thématiques pour inclure le point de vue des usagers comme une donnée d'entrée dans le repérage des risques dans le cadre des travaux sur le compte qualité.

C'est l'occasion pour les RU de **définir les priorités à faire valoir** sur les différentes thématiques, les points qui leur semblent être des risques à prendre en compte par l'établissement, les pistes d'amélioration à prendre en compte dans le plan d'actions.

Conseil du RU :

Le RU doit d'abord évaluer les ressources de l'établissement en bénévoles et RU avant de s'engager dans tous les thèmes de travail évoqués ici. S'il est tout seul, il faut qu'il apprenne à se limiter en attendant de trouver des collègues.

S'ils sont plusieurs, les RU ont tout intérêt à travailler en équipe : se répartir le travail ; confronter leurs résultats ; aboutir à une position partagée.

3 Deuxième étape : participer aux travaux du compte qualité avec les professionnels

La deuxième étape de l'implication des RU se construit dans leur intégration aux groupes de travail mis en place par l'établissement. Ces derniers ont comme mission d'élaborer ou de mettre à jour le compte qualité. Ils analysent l'ensemble des données, dont le document synthétique élaboré par les usagers, les indicateurs relatifs aux différentes thématiques ; ils hiérarchisent les actions à mener et suivent les plans d'action afférents.

Il est proposé que les RU concentrent leur participation, au moins dans un premier temps, sur trois thématiques de la certification :

- Droits des patients ;
- Management, qualité et gestion des risques ;
- Parcours du patient.

Ces trois thématiques font partie du socle commun obligatoire du compte qualité et de la visite dans tous les établissements quelle que soit leur activité. Par ailleurs, elles rassemblent, à elles trois, la moitié des critères du manuel de certification.

En sus de ces trois thématiques, les RU peuvent également choisir de s'intéresser à la douleur, aux droits des patients en fin de vie, à la prise en charge des urgences qui focalisent de nombreuses attentes de la part des usagers. Enfin, l'établissement travaille sur d'autres thématiques. Aussi, si le RU peut et souhaite s'investir sur le sujet, sa participation doit-elle être facilitée.

Dans beaucoup d'établissements, il existe des groupes de travail ou de pilotage permanents sur ces thèmes (exemple risques, droits des patients…) dans lesquels les RU peuvent demander à participer.

Comment l'établissement travaille-t-il sur son compte qualité ?

Depuis la V2010, la HAS n'impose plus d'obligation en termes de méthodes. Bien au contraire, il s'agit de laisser les établissements de santé s'organiser selon leurs enjeux, leurs contraintes pour s'assurer que ce travail d'évaluation corresponde à leurs besoins et soit approprié par tous. **La dynamique repose sur une responsabilisation de tous les acteurs, chacun à son niveau**.

Chaque établissement s'organise comme il le souhaite et le **RU a tout intérêt à demander à être informé des principes méthodologiques et de la démarche choisie par l'établissement**. En fonction de ces éléments, les RU et le(s) responsable(s) de la démarche d'élaboration du compte qualité **discuteront des modalités plus précises de l'implication des premiers**.

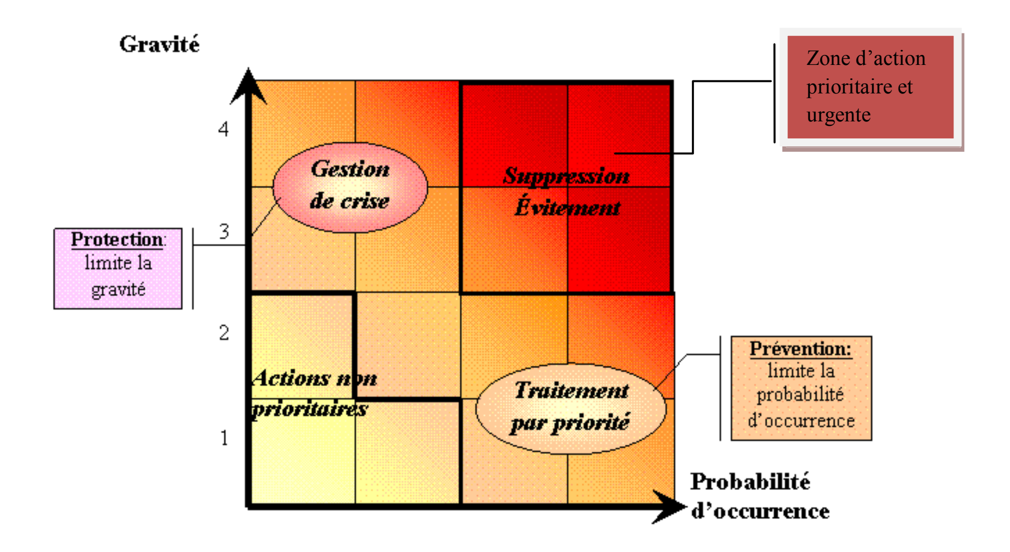
Ceci étant, certains grands principes sont incontournables pour l'élaboration du compte qualité, notamment la **phase d'identification et d'évaluation des risques** qui doit conduire à définir des priorités d'action et la **phase de définition du plan d'action**.

La démarche d'évaluation des risques vise à **repérer et à qualifier sur les différentes thématiques les risques pour l'établissement** de ne pas satisfaire à un certain niveau de qualité et de sécurité dans la prise en charge et la délivrance des soins. L'identification et l'évaluation des risques en termes de gravité et de fréquence sont réalisées par un groupe pluriprofessionnel et aboutissent à ce qu'on appelle un niveau de criticité (fréquence X gravité). L'établissement examine s'il y a déjà des mesures prises pour limiter ou prévenir ce risque, autrement dit s'il maitrise le risque. Le niveau de criticité au regard du niveau de maitrise permet à l'établissement de hiérarchiser les actions à mettre en place.

Exemple

Concernant la gestion des événements indésirables, le risque de non signalement peut être identifié. En fonction des éléments disponibles, tels que le nombre de fiches de signalement qui arrivent au service qualité, leur hétérogénéité selon les services, le nombre d'événements indésirables graves dont le service qualité a eu connaissance sans qu'il y ait eu auparavant un signalement de fait, etc., les membres du groupe de travail vont estimer si ce risque se rencontre souvent et s'il y a des conséquences pour les patients, pour les professionnels, pour l'établissement. Enfin, ils vont rechercher s'il y a des actions déjà mises en place pour inciter les professionnels à signaler.

À la fin de cette phase d'évaluation, les risques les plus critiques, c'est-à-dire les plus fréquents et les plus graves, sont identifiés et font l'objet de priorités d'actions. Cela peut notamment passer par l'établissement d'une cartographie des risques, c'est-à-dire le positionnement des risques sur des axes reprenant les notions de fréquence et gravité.



Comment les RU peuvent-ils collaborer avec les professionnels ?

Les RU n'ont pas une vision exhaustive de tous les éléments disponibles pour repérer et qualifier les risques. Néanmoins, à partir du travail d'analyse préalablement réalisé, notamment à partir du croisement entre les réclamations des patients et le bilan des événements indésirables, **les RU sont à même de repérer quelques risques qu'ils pourront mettre en avant**.

Plus encore, l'apport des RU réside probablement dans leur évaluation de la gravité. Certains risques peuvent paraître anodins aux professionnels pris dans des contraintes et des enjeux techniques. Il appartient aux RU de pouvoir **rappeler l'impact de certains événements sur la vie du patient et de fait leur niveau de gravité**.

Les positions différentes des uns et autres, le croisement de leurs points de vue ne peuvent qu'enrichir et rendre plus juste la qualification des risques. **C'est l'occasion pour le RU de faire valoir son expertise, son analyse, voire d'exprimer ses interrogations avec l'établissement sur certains enjeux**. C'est une belle opportunité de revenir sur des points à clarifier, de lever des incompréhensions et surtout de mettre en évidence l'intérêt à agir commun.

***In fine*, les éléments recueillis, débattus, élaborés viennent nourrir le compte qualité.**

Il est à noter que la possibilité est offerte qu'un RU soit co-pilote sur une thématique de la certification, notamment sur celle qui porte sur les droits des usagers.

Témoignage de RU

J'ai été co-pilote avec la chargée des relations avec les usagers sur la thématique droits des usagers. Nous avons systématiquement préparé et animé les réunions ensemble. J'ai eu un accès au système d'information de la HAS sur le compte qualité avec un accès lecteur.

En résumé, savoir lire un compte qualité pour un RU

Le compte qualité est ainsi structuré :

Une première partie présente l'établissement, l'engagement de la direction, l'organisation mise en place au sein de l'établissement avec le rôle et la mission de chacun quant au management de la qualité et à la gestion des risques. Il est notamment explicité le rôle des instances (CME, COVIRIS, CSIRMTS…) et leur articulation entre elles.

Dans **une deuxième partie**, l'établissement présente sa mobilisation sur la **thématique « management de la qualité et gestion des risques »**, comme support à toutes les autres thématiques. Cette thématique centrale permet d'exposer l'organisation de l'établissement pour traiter des risques, les répertorier et structurer la méthodologie utilisée.

Enfin, **pour chaque thématique du compte qualité** :

- **l'analyse des risques** et l'évaluation de la gravité du point de vue du patient : c'est l'occasion de croiser les points de vue et de construire des intérêts partagés avec l'établissement sur certains enjeux ;
- **les indicateurs** dont dispose l'établissement pour s'évaluer : les résultats de la précédente certification, les indicateurs généralisés de type Icalin[3], l'indicateur sur la douleur, sur le dossier patient… ; les indicateurs existant au niveau régional, notamment ceux demandés par l'agence régionale de santé dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ; les indicateurs spécifiques à l'établissement, choisis par ce dernier pour suivre ses actions d'amélioration. Il est à noter que ces derniers sont probablement ceux qui sont les plus révélateurs de la politique de l'établissement ;
- **l'analyse des résultats** sous une forme rédactionnelle : cette partie fait le lien entre les données disponibles, l'évaluation des risques et le contexte de l'établissement. Elle propose une interprétation qui permet de faire la synthèse de toutes les données préalablement présentées et introduit le plan d'action. En général, cette partie est d'un abord moins technique et peut faciliter la compréhension par les RU des éléments qui ont précédé ;
- **le plan d'action** qui reprend les objectifs poursuivis en fonction des risques identifiés et de l'analyse des résultats des indicateurs. Il s'agit de la feuille de route pour les mois à venir. Il est essentiel que les RU s'en saisissent pour suivre sa mise en œuvre.

---

[3] Indicateur Composition des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales, il reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour lutter contre les infections nosocomiales.

Les sources d’information mobilisables par les RU

Les différentes sources d’information accessibles ont été recensées et présentées ci-après. Toutes ne pourront pas être mobilisées tout le temps, dans tous les établissements de santé et par tous les représentants des usagers. L’accès légitime à certaines sources d’information peut nécessiter parfois une négociation avec les professionnels et a tout intérêt à trouver sa formalisation dans le règlement intérieur de la CRUQPC.

Les éléments figurant dans les espaces bleus représentent ce que les RU souhaitent indiquer comme point de vigilance ou conseil à destination de leurs pairs.

Le registre des réclamations, les lettres de satisfaction et les lettres de réclamations

Les lettres écrites par les usagers de l’établissement ou les réclamations orales recueillies et formalisées par écrit sont des sources d’information fondamentales sur la qualité de la prise en charge du point de vue de l’usager. Au-delà du motif initial de la plainte, les lettres regorgent de détails qui renseignent sur la perception de l’ambiance d’un service, sur l’environnement en positif ou en négatif.

L’établissement doit mettre à disposition des RU toutes les réclamations et les éloges. Que ce soit sous forme orale ou écrite, les réclamations sont rassemblées au sein du registre des réclamations, disponible auprès de la direction de l’établissement.

Les RU en tant que membres de la CRUQPC reçoivent les informations leur permettant d’exercer leur mandat ; ils ont accès ***au registre des réclamations****, contenant les retranscriptions des réclamations orales, les lettres* in extenso *et assorties des réponses de l'établissement. Ils peuvent le consulter régulièrement. Ils ont également accès aux rapports de médiation.*

Ils participent à la classification des réclamations par thème pour faciliter les croisements des données, à l’échelle d’un établissement mais également au niveau des services. Il en est de même pour les réponses de l'établissement.[4]

Les médiateurs qui interviennent sur les réclamations sont des personnes ressources, des alliés, pour les RU dans la compréhension des enjeux et les possibilités d’action.

Les résultats des questionnaires de satisfaction, les questionnaires de sortie, avec les résultats par service, les enquêtes auprès des usagers des consultations…

[4] Article R1112-80 du code de la santé publique.

Les établissements ont une obligation de recueillir la satisfaction des usagers avec comme objectif de permettre à la direction de l'établissement de bénéficier d'un indicateur pour piloter la politique de l'établissement sur les dimensions concernant les usagers accueillis.

Ce recueil s'organise principalement à partir de deux outils : le questionnaire de satisfaction à distance de l'hospitalisation et le questionnaire de sortie, au moment de la sortie, comme son nom l'indique.Pour l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de médecine/chirurgie/obstétrique, il existe un questionnaire unique obligatoire, comprenant un espace d'expression libre. Il est prévu une publication des résultats à partir de 2015, permettant des comparaisons inter-établissement. Ses modalités de remplissage évoluent vers un accès par voie électronique. Il donne lieu à l'indicateur national Isatis.

Le questionnaire de sortie est spécifique à chaque établissement et peut évoluer régulièrement en fonction des actions menées et des réorganisations. Il contient généralement des parties libres à la fin du formulaire permettant une expression libre des usagers sur les améliorations qu'ils souhaiteraient, les dysfonctionnements spécifiques qu'ils ont pu constater, les remerciements ou les éloges qu'ils souhaitent adresser à l'équipe qui les a pris en charge.

Enfin, les établissements ou les services conduisent parfois des enquêtes spécifiques sur un thème qu'ils souhaitent approfondir ou sur lequel ils ont mené des actions et dont ils souhaitent évaluer l'impact. Toutes ces enquêtes permettent de connaître le point de vue de l'usager.

Ce sont des sources importantes car elles permettent de recueillir le point de vue direct des usagers, notamment quand figurent, en complément des questions fermées, des questions ouvertes.

Ceci étant, les résultats sont à interpréter avec prudence : trop d'enquêtes et de questionnaires bénéficient d'un taux de réponse trop faibles pour que les réponses soient fiables ; les modalités de réalisation peuvent également influencer les réponses. Il ne faut pas sous estimer la crainte de représailles que les usagers peuvent ressentir.

Par ailleurs, les réponses à l'échelle d'un établissement peuvent être difficiles à interpréter, il convient alors d'obtenir des résultats par pôle ou par service. Il y a même intérêt dans certaines situations à ce que les questionnaires puissent être adaptés à l'activité des services. Le RU peut être également associé à la rédaction du questionnaire.

Le RU a besoin de connaître les questionnaires spécifiques utilisés dans l'établissement ou tout autre dispositif mis en place à l'initiative d'un service pour recueillir l'avis des usagers. Exemple : un service de dialyse met un cahier à disposition des patients pour exprimer leur avis sur la qualité de leur prise en charge : l'attente, leur ressenti, les observations des comportements...

L'exploitation statistique des questionnaires doit être complétée par un recueil exhaustif des commentaires des usagers notés sur la partie libre quand la possibilité en a été laissée aux usagers. Enfin, le RU, dans le cadre de la CRUQPC, a intérêt à susciter des recoupements avec les réclamations, plaintes, éloges...

La visite de l'établissement

La visite de l'établissement organisée avec un professionnel ou un RU déjà en place pour tout nouveau RU, puis de manière périodique dans le cadre du suivi des actions d'amélioration mise en œuvre, peut être riche d'enseignements. Elle permet d'aborder les questions de signalétique, d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap, d'ergonomie des locaux et de leur caractère accueillant, du bruit, de la disponibilité des ascenseurs, de la présence ou non des poubelles…

Faite en binôme avec un professionnel, l'angle avec lequel on observe étant différent, la visite permet d'échanger et d'enrichir les constats. Cela peut être l'occasion d'échanger avec des professionnels. Ces visites gagnent à être organisées et programmées dans le cadre de la CRUQPC.

Si certains lieux sont libres d'accès, sans autorisation ni accompagnement, d'autres nécessitent l'autorisation de la direction d'établissement, notamment les services cliniques, le bloc opératoire, la radiologie... Le RU peut alors visiter ces services, accompagné par un professionnel pour le guider, dans le respect du secret médical.

Cela est particulièrement intéressant au moment de sa prise de fonction, il peut alors tester le parcours d'une personne arrivant dans l'établissement et tester la compréhension des panneaux d'orientation identifiés par des termes médicaux ou correspondant à une organisation médico-administrative, donc à l'usage des professionnels de santé, pas forcément compréhensibles par l'usager. De même, ces temps d'observation parfois informels permettent d'évaluer les temps d'attente que ce soit aux urgences ou dans les consultations… Il s'agit donc dans un premier temps de prendre connaissance de l'établissement à partir de l'usage des personnes, consultants, malades et proches. Mais, il est pertinent que le RU réitère régulièrement cette expérience afin de s'imprégner du fonctionnement de l'établissement et de constater, le cas échéant, les évolutions de certaines dimensions de la prise en charge.

Les audits réalisés par l'établissement, les visites de risque

Les établissements sont conduits à mener régulièrement des audits, pour faire l'état des lieux d'un sujet qu'ils souhaitent travailler ensuite, ou pour évaluer une politique qu'ils ont mise en place.

Sur la base de critères définis comme des références de bonnes pratiques ou d'organisation, il s'agit de relever des écarts, des dysfonctionnements, puis de les analyser.

Pour certaines thématiques, il est souhaitable que le RU puisse y participer en tant qu'observateur : dans la phase d'élaboration du référentiel, dans la phase d'enquête sur le terrain après autorisation préalable du patient concerné, ou lors de l'analyse des résultats obtenus.

Exemple : le parcours du plateau repas de sa conception à sa consommation dans la chambre, la nutrition, le respect des droits, le parcours du patient en chirurgie ambulatoire… Cette participation est complémentaire au travail de l'auditeur et ne peut le remplacer.

D'autres thématiques sont très techniques et se prêtent moins à la participation active du représentant des usagers.

Ceci étant, que vous ayez participé ou non à leur réalisation, il est indispensable que vous ayez accès aux résultats de l'ensemble de ces audits sur la qualité de la prise en charge et des soins. Ils indiquent les risques, les pistes d'amélioration. Ils doivent donner lieu à des plans d'action dont le suivi de la mise en œuvre vous donnera également des indications sur la mobilisation de l'établissement et les obstacles rencontrés.

Notion voisine, la visite de risque est issue des domaines de l'assurance et de l'industrie. Il s'agit d'une méthode utilisée pour repérer et évaluer les risques potentiels. Cette méthode repose sur plusieurs modes de recueil de données (utilisation d'un référentiel, interview, visite sur site et observation). Elle peut être pratiquée par la direction de l'établissement pour s'autoévaluer sur certaines activités mais elle est également mise en œuvre par les sociétés d'assurance.

Les audits déclenchés dans un établissement de santé peuvent être menés à l'initiative de secteurs d'activités différents et ne sont pas toujours connus de tous. Tous les résultats des audits en lien direct avec le patient doivent être présentés en CRUQPC, au comité de pilotage sur la qualité et la gestion des risques, notamment si des RU y siègent.

Par ailleurs, il est souhaitable d'avoir accès aux documents en amont de l'audit et de pouvoir échanger avec les pilotes de ces projets au démarrage de l'audit pour se faire expliquer les objectifs, etc.

Par ailleurs, un audit en binôme avec un personnel soignant permet d'établir des liens de collaboration utiles sur le long terme.

Il peut être utile pour les RU qui connaissent mal le milieu hospitalier de participer à une visite de risque comme observateur pour se former, pour découvrir ce milieu professionnel. Dans ces conditions-là, il faut que les soignants soient informés de la position du RU dans l'équipe des visiteurs et qu'un document soit rédigé et diffusé à destination des différentes parties prenantes.

L'analyse et la synthèse « anonymisées » des événements indésirables

Ce sont des événements, des incidents qui surviennent au sein de l'établissement de santé et qui peuvent avoir des conséquences néfastes pour le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens. Ils doivent être signalés par les professionnels. Quelques rares établissements mettent également à disposition des usagers des fiches de déclaration des événements indésirables afin qu'ils participent au signalement. Ces événements indésirables peuvent concerner des domaines aussi divers que l'administration d'un médicament, un dysfonctionnement dans l'organisation du bloc opératoire, une situation de maltraitance ou de non-respect des droits des patients, un problème de livraison d'un produit, une situation difficile entre professionnels ou entre professionnels et usagers, un problème de sous-effectif, de plateaux repas servis trop tard ou en quantité insuffisante, le décalage dans le temps d'un examen prévu… ; les motifs sont nombreux.

Ils sont traités par le référent qualité de l'établissement, ou la personne en charge de la coordination des risques liés aux soins, qui peut être amené à apporter une réponse précise à l'incident qui s'est produit ou qui va l'incorporer dans sa base de données pour pouvoir analyser de manière plus globale les points de fragilité dans les établissements.

Les événements indésirables graves liés aux soins sont définis au niveau national comme étant « des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention »[5]. Pour les événements indésirables les plus graves, une analyse spécifique pour aboutir à un plan d'action va être menée.

Les résultats de l'analyse globale des événements indésirables et les plans d'action qui en découlent, comme l'analyse spécifique des événements indésirables graves, sont une source intéressante pour appréhender les fragilités de l'établissement et ses priorités d'amélioration. Cela permet également d'apprécier la capacité des professionnels à percevoir la question de la gravité du côté des usagers.

Outre la participation de certains RU au comité de vigilance et des risques, il est légitime de demander régulièrement, a minima une fois par an, lors d'une réunion de la CRUQPC un bilan « anonymisé » des événements indésirables signalés. Cela permet au RU d'avoir une vision sur les risques dans l'établissement, sur la manière dont les événements indésirables sont répertoriés et traités. Il est également souhaitable que les RU soient associés à la réflexion sur la priorisation.

Il est nécessaire d'interpréter avec prudence une hausse des événements indésirables déclarés : ce ne sont pas nécessairement les événements indésirables qui augmentent mais leur déclaration, indiquant une plus grande maturité et une plus grande maîtrise de l'établissement sur ses risques.

Les événements indésirables concernant les droits des malades doivent faire l'objet de focus particuliers.

Le RU a tout intérêt à essayer de recouper les informations dont il dispose avec l'analyse des réclamations des patients et le bilan des événements indésirables qui lui sont présentés, notamment le recoupement des thématiques, d'autant que les fiches d'événements indésirables relèvent d'une logique professionnelle, alors que les plaintes relèvent d'une logique d'usager, les deux se complétant. Il peut d'ailleurs s'enquérir du fait que si nécessaire, l'incident a également fait l'objet d'un signalement par les professionnels.

Les événements indésirables graves peuvent avoir des conséquences médiatiques et il est important que les RU soient informés dans le respect du secret médical. Par ailleurs, dans le cadre de leur mandat de membres de CRUQPC, ils sont eux-mêmes soumis à un devoir de confidentialité.

[5] Michel P. et al, Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé, Solidarité sante n°17, 2010

Les comptes rendus et le rapport de la CRUQPC

Le lien entre CRUQPC et certification est naturel : toutes deux traitent de qualité de la prise en charge, des droits des patients…

Il est évident que le contenu même des débats au sein de la CRUQPC croise les éléments qui sont recueillis pour la certification. Le rapport de la CRUQPC est rédigé par l'ensemble de ses membres, notamment les RU. Son contenu doit mettre en exergue les éléments d'amélioration issus de l'analyse des réclamations et plaintes des usagers ; la partie « préconisations » permet de construire un plan de travail pour l'année à venir pour la CRUQPC.

Si l'activité de la CRUQPC ne devait pas être réduite à son rôle de gestion des réclamations, puisqu'elle comprenait un volet sur l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, le projet de loi de modernisation de notre système de santé a comme ambition de renforcer le volet qualité et gestion des risques de la toute nouvelle commission des usagers (CDU).

L'analyse des réclamations individuelles est source d'actions d'amélioration de la prise en charge pour l'ensemble des patients. Cependant, cela nécessite souvent de multiplier les réunions avec la CDU au-delà des quatre séances réglementaires, pour permettre de réels débats, sinon les rapports, les statistiques la transforment rapidement en chambre d'enregistrement.

La mission de la CDU contribue au renforcement des gestions de risques a priori, particulièrement sur les questions de l'information de la personne malade et de son entourage et de leur implication dans les décisions et le suivi thérapeutique les concernant.

Son rapport annuel, co-écrit entre RU et professionnels de l'établissement, et ses comptes rendus constituent un dispositif de veille continue sur l'efficacité des actions mises en œuvre au travers des modalités de suivi définies par le compte qualité.

Les rencontres avec les usagers

De manière évidente, les rencontres avec les usagers de l'établissement permettent d'évaluer le quotidien dans les établissements de santé. Pour les usagers, parler à un RU peut parfois être plus facile que de s'exprimer auprès des professionnels dont ils ont le sentiment d'être dépendants. Ces témoignages recueillis permettent d'argumenter davantage en faveur de telle ou telle priorité.

Les occasions d'entrer en contact avec les usagers sont multiples :

- Certains RU tiennent une permanence, parfois dans une Maison des usagers ;
- L'observation dans les salles d'attente sont autant d'opportunités pour être sollicités par les usagers ;
- Dans certains établissements, après accord préalable des patients, les RU passent dans les chambres pour proposer le questionnaire de sortie ou de satisfaction, sur des périodes identifiées ;

- Les manifestations organisées au sein de l'hôpital, comme la journée de sensibilisation sur le lavage des mains, la semaine sécurité du patient, les journées d'information sur les directives anticipées, sur la personne de confiance, sont de nouvelles occasions pour échanger non seulement avec les personnes malades, hospitalisées, mais également avec leurs proches, etc.

C'est l'occasion de communiquer sur l'existence et le rôle des RU.

Les modalités doivent avoir été présentées et discutées en CRUQPC et intégrées au règlement intérieur de cette instance. Un badge peut être remis au RU afin d'être identifié par les personnels et de lui faciliter l'échange avec ces derniers. Les professionnels connaissant ainsi mieux le représentant des usagers seront plus enclins à informer les usagers de l'existence de leurs représentants et de les orienter vers eux.

Pour ce faire, il convient que l'établissement communique sur le sujet :

- *Les coordonnées des RU et les moyens de les joindre sont diffusés par différents moyens, notamment affichées dans le hall d'entrée et dans tous les services de l'établissement.*
- *Les permanences des RU et des bénévoles d'associations, à la Maison des usagers sont largement communiquées par différents moyens (flyer, journaux, internet…) lorsque celles-ci existent.*

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Les indicateurs sont des données qui permettent de mesurer, d'un point de vue quantitatif, l'atteinte d'un objectif, une évolution dans le temps : la traçabilité de l'évaluation de la douleur, la qualité de la tenue du dossier du patient… Les établissements ont obligation de renseigner certains indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux.

Certains concernent le niveau global de l'établissement comme le courrier de fin d'hospitalisation alors que d'autres sont spécifiques à des activités cliniques comme celui sur les prescriptions médicamenteuses après un infarctus du myocarde. Ils peuvent faire l'objet de comparaison avec d'autres établissements. Les résultats des indicateurs généralisés par établissement de santé de même que les résultats des certifications précédentes sont rendus publics sur le site de Scope santé (http://www.scopesante.fr).

Par ailleurs, l'établissement peut produire d'autres indicateurs, soit à la demande de l'ARS, soit en fonction de ses propres besoins afin de suivre l'efficacité des actions qu'il mène. L'accès à ces indicateurs est intéressant, mais il est préférable de bénéficier de la présence du responsable de l'action, de la mise en place de l'indicateur pour avoir une explication sur les raisons qui ont conduit à l'élaborer, les informations qu'il fournit et comment l'interpréter.

Les indicateurs sont des outils de mesure pas forcément appropriables d'emblée. L'enjeu pour le RU est d'engager le dialogue avec les professionnels de santé et d'améliorer ainsi sa compréhension des résultats et leur interprétation. Il peut alors mieux appréhender les comparaisons avec les établissements voisins.

L'utilisation de Scope santé permet d'accéder à tous les résultats sur les indicateurs et la certification concernant l'établissement, mais également de comparer ces résultats à ceux des autres établissements d'un même territoire, ou de même nature. Ces données de comparaison peuvent être utiles à l'interprétation des résultats. *Les représentants d'usagers ont tout intérêt à aller voir sur Scope santé, comment se classe(nt)* "son"/ "ses" établissement(s). Si certains critères étaient, pour la V 2010, classés en C, par exemple, il s'agit de voir si l'établissement a fait le nécessaire pour s'améliorer.

Les contacts avec les bénévoles associatifs intervenant dans l'établissement, les bénévoles d'accompagnement et les membres des associations de patients sur des problématiques spécifiques.

Dans un certain nombre d'établissements de santé, des bénévoles interviennent auprès des personnes malades ou hospitalisées. Ces bénévoles peuvent être issus d'associations de visite et d'accompagnement ou d'associations de malades, qui mènent des actions d'information, de soutien, de partage d'expériences. Ils peuvent aussi participer à des actions d'éducation thérapeutique.

Tous ces bénévoles sont présents sur le terrain en contact direct avec les usagers et les professionnels et témoins du quotidien des services. Leur savoir accumulé est une source d'information précieuse pour le RU qui n'a pas le temps, la disponibilité, ni les moyens d'être ainsi quotidiennement sur le terrain. Ils peuvent relater ce qui fonctionne, ce qui fonctionne moins, les obstacles rencontrés par les usagers, par les professionnels. Quand ils constatent des difficultés, ils en réfèrent en général au cadre de santé et cela se règle au niveau du service. Ils n'ont pas vocation à porter une parole collective mais leurs échanges avec les RU peuvent favoriser l'utilisation de cette matière riche et vivante, issue du quotidien.

L'existence d'une Maison des usagers peut faciliter l'accès aux associations déjà organisées. En l'absence d'un tel lieu collectif, les associations ne peuvent intervenir dans les services que dans le cadre d'une convention signée avec l'hôpital. Les RU peuvent contacter la personne en charge des relations avec les usagers, pour lui demander la liste des associations intervenant dans l'établissement.

Il est à noter que des bénévoles associatifs peuvent être associés à des projets, à des groupes de travail indépendamment d'un mandat de représentants d'usagers.

La construction d'un lien avec les bénévoles associatifs doit irriguer les pratiques des représentants des usagers, au-delà du travail sur le compte qualité. Dans certains établissements, la quantité de bénévoles peut s'élever à 70 ou 80, apportant une présence sur le terrain que 4 RU même très motivés ne pourront jamais assurer. Il est nécessaire que les RU demandent à l'établissement la liste des associations ayant signé une convention avec l'établissement.

Par exemple, dans un hôpital, les RU réunissent une fois par an tous les responsables associatifs intervenant dans l'hôpital en leur demandant de témoigner d'un élément positif et d'un élément négatif qu'ils ont pu constater sur le terrain. Les éléments issus de cette réunion viennent alimenter les débats en CRUQPC.

Les rencontres entre pairs (autres RU sur le territoire)

Les RU présents dans les autres établissements peuvent également être une ressource pour mieux comprendre les enjeux de l'établissement de santé. La dimension territoriale peut aussi apporter un éclairage sur les parcours : le passage du court séjour à un établissement de soins de suite et de réadaptation, par exemple.

Certains collectifs interassociatifs sur la santé régionaux ont instauré des réunions de pairs entre RU ; ces réunions peuvent être le support à ces échanges d'information. De même, certaines conférences régionales de santé et de l'autonomie, à partir de l'élaboration du rapport régional annuel des droits des usagers, organisent des rencontres de représentants des usagers.

Les RU représentent l'ensemble des usagers et pas seulement les usagers et patients de leur association. A ce titre, il est utile pour les RU de se concerter au bénéfice du collectif d'usagers de la santé, pour intégrer tous les types de prises en charge et pathologies, des établissements de santé sur un territoire.

La participation à des groupes de travail

En fonction des actions d'amélioration programmées, des groupes de travail peuvent se constituer pour définir les modalités de mise en œuvre, pour produire des outils permettant de suivre le déploiement effectif de ce qui a été décidé.

Régulièrement, des RU sont invités à ces groupes de travail. Les éléments discutés, les comptes rendus, les actions engagées sont autant d'éléments que les RU peuvent réutiliser pour élargir leur vision et alimenter leur réflexion sur le sujet.

Le coordonnateur des soins est un interlocuteur privilégié particulièrement intéressant pour les RU. Aussi, les travaux avec la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, sont-ils particulièrement utiles pour faire les liens avec le compte qualité.

De même, l'investissement dans des travaux connexes à ceux des instances habituelles permet de tisser voire de renforcer les liens avec des acteurs essentiels de la qualité et de la gestion des risques : le président de la commission ou de la conférence médicale d'établissement ainsi que la personne responsable de la qualité.

Il est souhaitable d'ailleurs que l'établissement prévoie un accès facilité des RU aux comptes rendus de certains groupes de travail auquel les RU ne participent pas.

Le retour des patients traceurs

Outre l'utilisation de la méthode du patient traceur comme méthode d'investigation de la certification, la méthode du patient traceur[6] est également une méthode d'amélioration de la qualité des soins de plus en plus utilisée par les établissements de santé. A partir de l'étude d'un dossier de patient, de l'échange avec les professionnels et avec le patient lui-même ou son entourage, elle permet de repérer les écarts éventuels par rapport à une bonne pratique. Cette méthode permet d'explorer de nombreux éléments contenus dans le manuel de certification, notamment tout ce qui touche aux critères de qualité du parcours du patient, de la promotion de la bientraitance et du respect de ses droits, de son information. Elle permet aussi de vérifier que certaines pratiques de sécurité sont respectées : l'identification du patient, la gestion du médicament…

Les résultats « anonymisés » de cette méthode apportent des éléments intéressants qui peuvent être utiles au représentant des usagers. Dans certains établissements, les RU sont associés à la mise en œuvre de cette méthode.

L'association du RU à cette méthode utilisable comme méthode d'amélioration par les établissements de santé permet des échanges directs sur des situations réelles de prise en charge, pour une meilleure compréhension sur les obligations des uns et le ressenti des autres, afin d'instaurer une confiance et un réel partenariat au bénéfice de la qualité de la prise en charge des usagers. Les modalités de cette collaboration doivent être définies en amont dans la stratégie de déploiement de la méthode.

La participation du RU à l'entretien avec le patient, avec l'accord de ce dernier, peut permettre de faire apparaître des éléments que des professionnels n'iraient pas chercher.

Ceci étant, les associations et les RU constatent une grande difficulté chez les patients de s'exprimer librement et sur leur expérience. En effet, dans une majorité de situation, ils se sentent reconnaissants vis-à-vis des personnes qui les ont soignés, voire qui les ont sauvés et se montrent alors réticents à faire valoir ce qui a été moins positif. Dans d'autres situations, ils craignent consciemment ou inconsciemment des représailles s'ils émettent des critiques. Il convient d'en être conscient et de sensibiliser les professionnels sur les limites de l'expression d'un patient hospitalisé. Il est également souhaitable de recouper ces témoignages avec d'autres éléments, d'autres sources d'information : les réclamations, les sorties contre avis médical, le ressenti des professionnels, le ressenti des bénévoles…

Les contacts avec les professionnels

De même que les contacts avec les usagers sont riches d'enseignements sur le quotidien, les échanges avec les professionnels peuvent vous renseigner sur leurs difficultés, leurs contraintes…

[6] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante

Vous pouvez les rencontrer à l'occasion des visites de l'établissement, des groupes de travail, ainsi que lors des manifestations organisées par l'établissement, comme lors de la semaine « sécurité » du patient… Les formations sont également un temps propice aux échanges avec les professionnels, notamment lors des formations conjointes, mais également lorsque le formateur est un RU et qu'il intervient en tant que tel dans la formation des professionnels, par exemple sur les droits des usagers.

Tout ce qui permet de construire un partenariat entre les RU et les professionnels sur le terrain est essentiel pour faire avancer les pratiques et les organisations.

La proximité avec les cadres de santé, ou cadres supérieurs de santé, est précieuse pour ce faire, ces derniers étant responsables, avec les médecins, de la qualité des soins dans les services. En engageant un dialogue avec les cadres sur la base d'informations portées par les représentants des usagers, cela peut favoriser la mise en discussion les contraintes des uns et les attentes des autres afin de faciliter une meilleure mise en œuvre des droits. Cela permet aux RU d'approfondir leur connaissance du terrain et aux professionnels de découvrir combien parfois le ressenti de l'usager est loin des préoccupations stricto des professionnelles. Les formations conjointes peuvent porter sur les droits des usagers, le respect, la dignité, sur le management par la qualité, la gestion des risques.

Plan de formation de l'établissement

Le plan de formation rassemble l'ensemble des actions de formation définies dans le cadre de la politique de gestion du personnel de l'établissement. Il reflète les priorités de l'établissement et doit être en cohérence avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il est légitime et souhaitable que le plan de formation et le nombre de participants soient présentés une fois par an à la CRUQPC, ainsi que le bilan de l'année précédente par service.

Les grilles de questionnement

Ces grilles de questionnement ont comme objectif de guider les RU pour **faire le bilan collectivement des informations** dont ils disposent déjà et repérer s'ils souhaitent approfondir certains aspects mal appréhendés. Méthodologiquement, elles doivent non seulement permettre d'**identifier les difficultés et les axes de progrès de l'établissement** mais aussi permettre de témoigner de **la mobilisation dont l'établissement** a su faire preuve ou pas depuis la dernière visite de certification.

L'utilisation de ces grilles ne doit pas viser l'exhaustivité mais **faciliter l'élaboration d'un point de vue des représentants des usagers**. La première étape consiste à faire le tri des dimensions, critères, questions que les représentants des usagers collectivement souhaitent traiter.

Elles n'ont pas non plus vocation à transformer le représentant des usagers en contrôleur ou en enquêteur mais peuvent aisément servir de support à un échange constructif entre les représentants des usagers et l'établissement. Cet échange est souvent nécessaire pour interpréter certaines données recueillies, par exemple le nombre de signalements de maltraitances par an.

En routine, elles peuvent **offrir des occasions de dialogue au sein de la CRUQPC, des espaces des usagers quand ils existent, dans les lieux de concertation et de pilotage auxquels vous êtes associés dans les établissements.**

Grille de questionnement sur la thématique « Droits des patients et bientraitance »

L'évaluation de la thématique « droits des patients » doit démontrer que l'établissement prend en charge l'usager et accueille son entourage, en respectant leurs droits et libertés et que les professionnels de l'établissement écoutent et prennent en compte le point de vue de l'usager et de ses proches.

Thématique « droits des patients » - Critère 10a
La promotion de la bientraitance
La prévention de la maltraitance

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT SE MOBILISE SUR LE SUJET DE LA BIENTRAITANCE ?

- Quelles sont les actions positives mises en place par l'ES sur le sujet ?
  - ⇒ Les RU ont-ils été associés à la définition et à l'évaluation des actions d'amélioration mises en place par l'ES ?
- Combien de réclamation y a-t-il eu pour motif de maltraitance ?
- Y a-t-il une procédure de signalement de maltraitance ? Interne ? Externe ? Est-elle utilisée ?
  - ⇒ Combien de signalements/an ? Dans quels services ? Comment sont gérées les déclarations faites ?
- Quelles sont les actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance /an ?
  - ⇒ Dans quels services ? Combien de professionnels concernés/ES ?
  - ⇒ Ces actions répondent à des objectifs, lesquels ?
  - ⇒ Quelle est la réalité de la mise en œuvre des actions choisies ?
  - ⇒ L'évaluation de leur impact est-elle prévue ?
  - ⇒ Les RU ont-ils été impliqués dans les formations des professionnels ?
- Les témoignages des usagers montrent-ils une prise en compte de leurs attentes et de leurs préférences au quotidien : soins corporels, organisation des soins, choix dans la restauration…

Points de vigilance

Le nombre de signalements est souvent difficile à interpréter : un nombre important de signalements peut être révélateur de dysfonctionnements récurrents ou au contraire d'une sensibilisation forte des professionnels. L'interprétation de données chiffrées étant toujours délicate, ces données doivent surtout être utilisées comme support de dialogue avec les professionnels.

Concernant les chartes de bientraitance, elles peuvent avoir été rédigées par un petit groupe de professionnels, l'essentiel est que la dynamique se poursuive et que l'établissement soit vigilant à la mise en en œuvre effective des principes de la charte. Ceci conduit à examiner quels sont les éléments sur lesquels les professionnels sont sensibles en termes de maltraitance.

Par ailleurs, il est toujours préférable que les usagers soient associés à leur rédaction.

Thématique « droits des patients » - Critère 10b
Le respect de la dignité et de l'intimité du patient

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE LES USAGERS SONT RESPECTES DANS LEUR DIGNITE ET DANS LEUR INTIMITE A TOUS LES TEMPS DE LEUR PARCOURS ?

- Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- La question est-elle posée aux patients dans les questionnaires de sortie ?
  - ⇒ Si oui avec quels résultats ?
- Les questions liées à la dignité et l'intimité des patients sont–elles évoquées dans des lettres de plaintes et de réclamations ?
- y a-t-il eu des évaluations dans ce domaine, si oui lesquelles ?
  - ⇒ pourquoi ? par qui ? qu'en a-t-on fait ?
- Quel est l'état des chambres, des sanitaires, de l'architecture des services, des salles d'attente de consultations, des boxes dans lesquels sont reçus les patients, dans les services d'hospitalisation mais également en service d'imagerie ou d'urgences ? Quelles sont les conditions de brancardage des patients ?
- Comment les professionnels s'organisent-ils pour prendre en compte les contraintes architecturales dans la délivrance des soins ?
- Les professionnels sont-ils sensibilisés à la manière de s'adresser aux patients, notamment pour les plus vulnérables (âge, situation sociale, handicap…) ?

Points de vigilance

Le respect de la dignité est difficile à apprécier, d'autant que cela se joue en général dans l'intimité des soins à laquelle les représentants des usagers n'ont pas accès. Ceci étant, quelques éléments peuvent alerter et être l'objet d'interpellation de l'établissement par le représentant des usagers :

- La chambre d'hospitalisation est reconnue comme « résidence privée » du patient, ce qui implique certaines précautions à prendre pour les professionnels.
- Il y a un risque d'infantilisation pour les personnes les plus âgées, d'où une attention à porter sur la manière de s'adresser à eux et sur le fait de continuer à les considérer comment des interlocuteurs à part entière.
- Les phases de travaux dans un établissement sont des périodes particulièrement à risque pour l'intimité des usagers.
- Les chambres à deux lits sont à risques de non-respect de l'intimité. Des stratégies peuvent être mises en place pour pallier ce manque d'intimité, comme l'utilisation de paravents…
- La visite dans les hôpitaux universitaires peut entraîner la présence de nombreux professionnels dans la chambre et être vécue comme une intrusion si l'avis de la personne hospitalisée n'est pas sollicité.

Thématique « droits des patients » - Critère 10c
Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE LA CONFIDENTIALITE DES INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT EST RESPECTEE A TOUTES LES ETAPES DE SA PRISE EN CHARGE ?

- Quelles sont les actions intéressantes que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- A-t-il mené un audit sur le sujet ?

- Comment les professionnels se sont-ils organisés pour respecter la confidentialité des informations concernant les personnes hospitalisées ou consultantes ?

- L'aménagement des locaux permet-il d'effectuer les transmissions dans un lieu fermé propice à l'échange oral sans que des personnes étrangères n'entendent des informations confidentielles ?
  - ⇒ Ces lieux existent-ils dans tous les services ?
  - ⇒ Les locaux des admissions permettent-ils des échanges protégés entre usagers et professionnels au niveau des admissions ?

Points de vigilance

Avec l'informatisation des dossiers des patients, le risque est prégnant que des personnes passant dans le couloir ou dans les bureaux accèdent à des informations confidentielles, du fait des ordinateurs allumés sur les chariots dans les couloirs, ou dans les salles de soins avec des vitres.

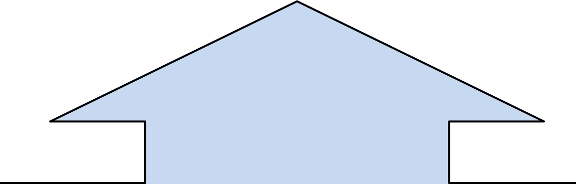
De même, l'informatisation des dossiers pose aussi la question de la sécurité dans la transmission des informations relatives au patient.

Enfin les panneaux d'affichage dans les unités de soins sont parfois positionnés à la vue de tous et comportent des informations de nature confidentielle.

Thématique « droits des patients » - Critère 10d
Accueil et accompagnement de l'entourage

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENTOURAGE FAVORISENT LE ROLE DE CE DERNIER ?

- Y a-t-il une réflexion sur les modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage ? Lesquelles ?
  - ⇒ Dans des situations particulières (enfants, proche qui travaille, fin de vie…), un aménagement des horaires est-il prévu et proposé ?
  - ⇒ Est-il prévu un système de référent pour les familles ?
- Quelles sont les modalités de prise en compte du point de vue de l'entourage et du recueil de sa satisfaction ?
- Y a-t-il une organisation et une prise en charge de l'entourage quand il y a annonce d'un diagnostic grave chez le patient ?
- Comment le dispositif de personne de confiance est-il mis en œuvre ?
  - ⇒ le patient est-il suffisamment sollicité pour désigner une personne de confiance, notamment quand il s'agit d'une personne en situation de vulnérabilité ?
  - ⇒ Y a-t-il des campagnes de sensibilisation dans l'établissement ?
- Quelle est l'organisation prévue pour permettre à l'entourage du patient de rencontrer le corps médical ?
  - ⇒ Est-il possible de prendre facilement rendez-vous ? Quelle réactivité ?
  - ⇒ Quel est le lieu de rencontre : un bureau, un couloir ou un salon prévu pour ces rencontres ?
- Comment sont pensées et organisées l'information et l'implication de l'entourage au moment de la sortie du patient ?



Points de vigilance

L'équilibre est parfois difficile à trouver entre la place des proches et la place des patients. Les professionnels peuvent parfois avoir le sentiment de porter atteinte aux droits du patient en prenant en compte les demandes des proches ou en leur donnant des informations. Ceci étant, un certain nombre de solutions sont à trouver du côté de l'organisation : aménagement des lieux, organisation des temps d'information… Le fait de faciliter les liens entre le patient et ses proches est important notamment lorsque cela concerne des enfants, des adolescents ou des personnes âgées.

Par ailleurs, les proches ont aussi besoin d'information, de temps de rencontre protégé avec l'équipe soignante, ou de soutien psychologique ou social en cas d'annonce de « mauvaises nouvelles ».

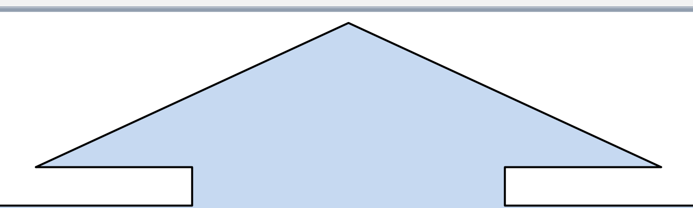
Thématique « droits des patients » - Critère 10 e
Gestion des mesures de restrictions de liberté

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE LES MESURES DE RESTRICTIONS DE LIBERTE QUI SONT PARFOIS PRISES, RESPECTENT LES DROITS DES PATIENTS ?

Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?

Les méthodes de restriction de liberté utilisées permettent-elles le respect de la dignité ?

- ⇒ Leur application est-elle systématiquement prescrite et régulièrement réévaluée ?
- ⇒ Est-ce systématiquement tracé dans le dossier du patient ?
- ⇒ Les patients et les proches sont-ils suffisamment informés des motivations de cette restriction de liberté ? Le rapport bénéfice-risque est-il explicité et discuté ?
- ⇒ Qu'en disent les soignants ?



Points de vigilance

La restriction des libertés concerne majoritairement les services de psychiatrie et de gériatrie. Elle est mise en œuvre pour lutter contre le risque de fugue ou de mise en danger des patients. Parfois nécessaire, elle ne peut être systématisée et doit être constamment réinterrogée.
Cela peut passer par des moyens détournés comme le fait que le patient soit contraint de rester en pyjama. De telles pratiques sont des atteintes à la dignité et doivent être combattues.
Elle concerne également les pratiques de contention, comme le fait d'attacher systématiquement des personnes âgées à leur fauteuil pour éviter des chutes. Or la contention est une prescription médicale et ne saurait être une décision pour faciliter les soins.

Les professionnels se heurtent parfois à des contraintes architecturales et qui les conduisent à voir dans la fermeture des portes d'un bâtiment des solutions. Hors cela conduit inévitablement à limiter la liberté de circulation de patients hospitalisés à leur demande.

Dans certains cas, cela concerne également des situations de mise en isolement en cas de risque de contamination.

Thématique « droits des patients » - Critère 11a

Information du patient sur son état de santé et les soins proposés

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE LES PROFESSIONNELS ONT ADOPTE DES PRATIQUES QUI FAVORISENT L'INFORMATION EFFECTIVE DES PATIENTS SUR LEUR ETAT DE SANTE ET LES SOINS PROPOSES ?

Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?

A-t-il réalisé un audit de traçabilité des informations dans les dossiers ? avec quels résultats ? Quels sont les éléments, dont je dispose, qui me permettent de savoir si l'information est donnée aux patients ?

- ⇒ Si les patients ont l'information qu'ils désirent ?
- ⇒ S'ils se sont sentis à l'aise pour poser des questions ?
- ⇒ S'ils ont des réponses aux questions qu'ils se posaient ?
- ⇒ Si les informations sont claires, compréhensibles et donc comprises ?
- ⇒ Si les modalités de délivrance de l'information sont adaptées et respectueuses des personnes ?
- ⇒ S'ils sont systématiquement informés de la possibilité de désigner une personne de confiance ?

Points de vigilance

La question de l'information du patient est éminemment complexe. En effet, il ne suffit pas que les professionnels aient donné de l'information, l'enjeu est que les patients l'aient comprise et qu'elle soit appropriée. L'information s'inscrit dans un processus itératif entre patient et professionnels.

Point de méthode : ce sont les examens des réclamations et des questionnaires de sortie ainsi que les relations avec les associations qui peuvent permettre d'approcher cette problématique.

Thématique « droits des patients » - Critère 11b
Consentement et participation du patient

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE LES PROFESSIONNELS ONT DEVELOPPE DES PRATIQUES QUI FAVORISENT LE CONSENTEMENT ET LA PARTICIPATION DU PATIENT

Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?

Des organisations sont-elles mises en place dans les services pour recueillir le consentement du patient et, le cas échéant, le refus de soins ?

- Cela se fait-il à l'occasion d'un échange ?
- Est-il expliqué aux patients qu'ils peuvent reprendre un consentement, demander un deuxième avis médical, faire connaître leurs préférences, leurs contrainte, choisir le médecin « référent » dans le service… ?

Les professionnels sont-ils formés sur le sujet ?

- Sont-ils sensibilisés à la spécificité de certains publics (personnes âgées avec troubles cognitifs, personnes avec des troubles psychiques, enfants…).



Points de vigilance

Le consentement du malade aux soins est une obligation consécutive au caractère contractuel de la relation médecin-malade. La notion de consentement éclairé implique que le médecin est tenu de présenter clairement au patient tous les risques d'une conduite thérapeutique et qu'il doit s'assurer de la compréhension par le patient de l'information donné.

Le consentement doit être libre, c'est-à-dire sans contrainte, et éclairé, c'est-à-dire précédé par une information.

Thématique « droits des patients » - Critère 11c
Information du patient en cas de dommage associé aux soins

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE LES PROFESSIONNELS ONT DES PRATIQUES D'INFORMATION SYSTEMATIQUE DU PATIENT EN CAS DE DOMMAGE ASSOCIE AUX SOINS ?

- Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- Quel est le niveau de sensibilisation et de formation des professionnels sur l'annonce d'un dommage associé aux soins ?
  - ⇒ Sur le cadre légal et sur les bonnes pratiques ?
  - ⇒ Y a-t-il eu des démarches de formation auprès des professionnels sur ce sujet ?
- Est-il prévu des modalités d'information du patient en cas de dommage associé aux soins ?
  - ⇒ L'organisation du dispositif d'information est-elle en place ?
  - ⇒ A-t-il servi ? A-t-il été évalué ?
  - ⇒ L'accès au dossier médical est-il facilité si le patient en fait la demande ?
- La CRUQPC est-elle informée de ces situations ?

Points de vigilance

L'information du patient en cas de dommage associé aux soins est obligatoire, la loi prévoit un délai de 15 jours suivant la découverte du dommage, les bonnes pratiques recommandent de le faire au plus tôt. C'est important pour que les patients puissent faire face à cette épreuve, se reconstruire et pour sauvegarder la confiance dans les professionnels et participer aux décisions qui seront prises en connaissance de cause.

Grille de questionnement sur la thématique « Management de la qualité et gestion des risques »

L’évaluation de cette thématique permet de s’assurer que l’établissement a mis en place une démarche de gestion de la qualité des soins et de la sécurité des patients :

- **Démarche globale : dans l’ensemble des secteurs d’activités (service, pôle, unité…) de l’établissement à partir d’une politique définie de gestion de la qualité et de la sécurité des soins ;**
- **Démarche collective : diffusée, connue et appliquée par les professionnels ; les usagers et leurs représentants qui sont informés et associés ;**
- **Démarche organisée : objectifs et moyens déterminés par secteurs, pôles, unités ;**
- **Démarche suivie : l’atteinte des objectifs et l’efficacité des actions sont régulièrement mesurées dans chacun des secteurs et les réajustements nécessaires sont mis en œuvre.**

Certains critères de cette thématique ne font pas l’objet d’une fiche de questionnement, du fait de leur caractère particulièrement technique.

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » critères 1 e/8a

Politique/ programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT A UNE POLITIQUE VOLONTAIRE POUR S'INSCRIRE DANS UNE DEMARCHE DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS ?

- La retrouve-t-on clairement affirmée dans le projet d'établissement ?
- Quelles sont les priorités de la politique de l'ES et de ses modalités de déclinaison dans les secteurs d'activités et les services ?
- Est-ce que cela se retrouve dans les plans de formations proposés aux personnels ?
- L'établissement a-t-il développé une politique en rapport avec la bientraitance, formalisée et intégrée au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'ES ?
- Comment les travaux de la CRUQPC et les enseignements de son rapport d'activités sont-ils intégrés dans la révision du projet d'établissement ?
- Qu'est-ce qui me permet de dire que le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est établi en lien avec les attentes et les priorités des usagers ?
  - ⇨ Y ai-je été associé ?
  - ⇨ Quelles sont les sources d'informations utilisées pour identifier et hiérarchiser les actions à mener :
    - les éléments du rapport annuel de la CRUQPC ?
    - les plaintes et réclamations des usagers ?
    - l'analyse des dysfonctionnements ?
    - les risques identifiés dans l'ES ?
    - les recoupements faits avec l'analyse des plaintes et réclamations en CRUQPC ?

Points de vigilance

La réponse à ces questions nécessite que l'implication du représentant des usagers sur les dimensions qualité des soins et sécurité du patient soit antérieure. Cela n'a de sens que si la collaboration existe via l'implication effective de la CRUQPC.

Pour ce faire, les RU doivent participer à l'écriture du rapport de la CRUQPC et confronter les résultats au projet d'établissement.

Par ailleurs, les établissements communiquent généralement auprès de leurs professionnels les éléments de politique et de programme qualité ; les RU ont tout intérêt à prendre connaissance des documents, journaux internes… que produit l'établissement.

Enfin, la politique qualité de l'établissement doit être régulièrement revue et adaptée, cela peut être l'occasion pour les représentants des usagers d'engager le dialogue sur le sujet.

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » - critères 1f/ 28a

Politique d'organisation et d'évaluation des pratiques professionnelles
Déploiement des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT FAVORISE L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU ?

- Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- Quelles sont les thématiques et situations faisant l'objet d'évaluations des pratiques professionnelles de l'établissement ?

- Y intègre-t-on, notamment :
  - ⇨ la dimension bientraitance/maltraitance dans les services ?
  - ⇨ la prise en charge des populations vulnérables ?
- Comment sont communiqués les résultats des EPP/DPC ? A qui ?

Points de vigilance

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste à analyser ses pratiques au regard des recommandations professionnelles afin de repérer des écarts possibles et identifier des axes d'amélioration pour une meilleure qualité des soins délivrés aux patients. Elle s'inscrit aujourd'hui dans un dispositif plus large : le développement professionnel continu qui comprend également un volet formation.

Tous les professionnels de santé sont concernés par la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles ; cette démarche est obligatoire pour tous les professionnels. La mise en œuvre des EPP/DPC doit se traduire en termes d'actions d'amélioration. C'est, aujourd'hui, un indicateur de l'implication médicale sur le sujet.

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » - critère 1g
Développement d'une culture qualité et sécurité

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT S'EST ORGANISE POUR DEVELOPPER UNE CULTURE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE ?

Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?

Quelles sont les actions concrètes déployées par les personnels pour favoriser :

- L'information des usagers et des professionnels sur les démarches d'amélioration de la sécurité ?
- La formation des personnels œuvrant dans l'ES et des usagers (par exemple, l'utilisation des solutions hydro-alcooliques) pour améliorer qualité et sécurité ?
- La communication entreprise en faveur des usagers pour les rendre acteurs de la sécurité ?

Comment s'organise la communication interne des résultats d'audits, enquêtes, EI, EIG, etc. ?

- Ex : visites des activités à risques par un organisme assureur : diffusion des résultats aux professionnels de santé ?

Points de vigilance

La culture de sécurité s'inscrit dans une culture non culpabilisante des erreurs afin de progresser collectivement. Les meilleures équipes ne sont pas celles qui ne font pas d'erreurs, toutes en font, mais qui sont suffisamment en confiance pour en parler et pour s'organiser dans la récupération des erreurs pour limiter l'impact sur les patients.

La position de la direction est, à ce niveau, essentielle, elle permet l'évolution des mentalités dans le temps.

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » -critères 2b /9b

Implication des usagers, de leurs représentants et des associations
Évaluation de la satisfaction des usagers

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT FACILITE L'INTERVENTION DES RU, DES ASSOCIATIONS, VOIRE IMPLIQUE DES USAGERS SUR DES PROJETS ?

En tant que représentant des usagers, ai-je le sentiment que l'établissement est prêt à nous considérer comme des partenaires, quelle que soit l'instance dans laquelle je siège ?

- Diffuse-t-il de l'information sur les RU et les associations ?
- Existe-t-il un professionnel clairement désigné pour être l'interlocuteur des représentants des usagers, associations et usagers… ?
- Comment les RU ont-ils été accueillis au moment de leur arrivée ? Qu'est-ce qui est mis à leur disposition pour faciliter l'exercice de leur mandat ? (local, connectique, communication sur leur existence…).
- Le point de vue des RU est-il écouté, pris en compte, notamment en CRUQPC ? La disponibilité des RU est-elle sollicitée avant d'élaborer le calendrier définitif des réunions des instances ? Ont-ils pu poser des questions en « questions diverses », ou mettre un point à l'ordre du jour de la réunion suivante de la CRUQPC ? Leurs avis sont-ils transcris dans les comptes rendus de la CRUQPC ?...
- Les RU ont-ils un accès systématique et intégral au texte des lettres de réclamation des usagers ? Le recueil des réclamations orales est-il organisé ?

Concernant les associations de malades, leur présence est-t-elle facilitée au sein des services ?

- Quel est leur retour sur leur collaboration avec les professionnels au sein des services ? En positif et en négatif ? Quelles sont leurs relations avec la direction ?

Concernant les usagers, la prise en compte de leur avis est-elle effective lors de l'élaboration du PAQSS ?



Points de vigilance

Les éléments de qualité qui doivent être systématiquement relevés par les représentants des usagers sont les suivants :

- Le positionnement dans la hiérarchie de la personne chargée des relations avec les usagers et sa disponibilité ;
- La valorisation des interventions des représentants des usagers dans les travaux de la CRUQPC ;
- L'accès systématique et intégral aux documents présentés en CRUQPC et aux lettres de réclamations et les réponses *in extenso* de l'hôpital ;
- L'effectivité du suivi de recommandations de la CRUQPC.

Par ailleurs, les questionnaires de sortie, les questionnaires de satisfaction et le traitement des réclamations ne sont des sources d'information utiles et fiables que si l'établissement incite à leur promotion auprès des usagers afin que suffisamment de questionnaires soient renseignés.

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » -critère 2 e
Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT COMMUNIQUE ET UTILISE LES INDICATEURS QU'IL A A SA DISPOSITION ?

- Les RU ont-ils connaissance des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux, des tableaux de bord internes de qualité et de sécurité des soins par secteur d'activités de l'ES ? Ces informations leur sont-elles communiquées et expliquées ?
- Les résultats des indicateurs sont-ils présentés et débattus en CRUQPC pour être utilisés ?
- Comment se situe l'établissement par rapport à la moyenne nationale ? Notamment les indicateurs qualité suivis dans le domaine de la satisfaction du patient, les délais d'admission, les délais d'attente… ?
- Comment l'établissement utilise-t-il ces résultats ?
- La diffusion des résultats d'indicateurs est-elle faite auprès des professionnels et des usagers, du public ? Comment ?

⇒ Les RU ont-ils été associés à la politique d'affichage destiné aux usagers ?

Points de vigilance

Les indicateurs sont avant tout un support au débat entre le représentant des usagers et les professionnels, notamment sur la dimension « évolution des résultats ».
Quant au grand public, l'enjeu est d'aider à leur appropriation, ce qui passe par le fait de penser une diffusion accompagnée de ces informations auprès du grand public : affichage grand format, langage adapté, écran télévisé dans les salles d'attentes, projets…
Les indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins doivent obligatoirement être affichés au sein de l'établissement.

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » - critère 8d

Évaluation des risques *a priori*

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT DEVELOPPE L'EVALUATION DES RISQUES A PRIORI ?

- Quelles sont les actions intéressantes que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- Quelles sont les thématiques qui font l'objet d'évaluation des risques *a priori* par secteur d'activités ? Y a-t-il des manques ?
- Les situations et populations à risques de maltraitance sont-elles repérées par service, secteur, unité ? Sont-elles prises en compte ? Comment ?
- Y a-t-il une présentation de ces actions par le comité de vigilance et des risques (COVIRIS) en CRUQPC ?

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » -critère 8 e

Gestion de crise

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT A PREVU UNE PROCEDURE POUR GERER LA SURVENUE DE CRISE ?

- Le représentant des usagers a-t-il connaissance des situations de crises identifiées dans l'établissement qui peuvent impacter la prise en charge et la sécurité du patient
- La CRUQPC a-t-elle bénéficié d'une information sur ce thème?

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » - critère 8f

Gestion des événements indésirables

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT EST ORGANISE POUR GERER AU MIEUX LES EVENEMENTS INDESIRABLES ?

- Quelles sont les actions intéressantes que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- Quelles sont les modalités de signalement et traitement des EI ? Des EIG ?
- Les représentants des usagers sont-ils informés des événements indésirables en général et des EIG en particulier ? Cela fait-il l'objet de débat en CRUQPC ?
- Les professionnels sont-ils formés à la déclaration des EI ? Les déclarent-ils ?
- Quelle est l'analyse des causes faite par l'ES pour les EI récurrents ? Quelle est la réactivité des professionnels dans la mise en œuvre des actions correctrices ?
- Les plaintes et réclamations, les enquêtes de satisfaction, etc., sont-elles croisées avec les EI pour éclairer les causes ?
- Des actions correctrices sont-elles mises en œuvre ? Quel en est le suivi ? Quel en est le calendrier ? Qui est chargé du suivi et de la validation des actions ? Quelle est l'efficacité de ces actions ?

Points de vigilance

Au-delà des procédures en place, l'important pour les représentants des usagers est de savoir comment le dispositif est relayé au plus près des pratiques quotidiennes des soignants. D'où la nécessité de construire un contact direct avec le coordonnateur de soins notamment ou le gestionnaire de risque...

Thématique « Management de la qualité et gestion des risques » - critère 9a

Système de gestion des plaintes et réclamations

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ETABLISSEMENT EST ORGANISE DE MANIERE ADAPTEE POUR GERER LES PLAINTES ET RECLAMATIONS ?

- Les plaintes et réclamations sont-elles toutes analysées en CRUQPC ?
- Les modalités de réponses sont-elles satisfaisantes ? Contiennent-elles des éléments correctifs ?
- Les délais de réponse sont-ils respectés ?
- Les réclamations sont-elles utilisées pour nourrir le PAQSS ?
- Les représentants des usagers ont-ils un accès facilité au registre de réclamation pour participer à la gestion des réclamations ?

Points de vigilance

Toutes les réclamations doivent faire l'objet d'une présentation en CRUQPC ainsi que leurs analyses et actions correctrices.
En tant que membre de la CRUQPC, les RU ont accès aux lettres de réclamations dans leur intégralité, ainsi qu'aux éléments de réponses apportés par les unités. Ils sont soumis comme les autres membres de la CRUQPC à un devoir de confidentialité sur les situations abordées.

Grille de questionnement sur la thématique « Parcours du patient »

L’évaluation de cette thématique doit permettre de montrer que :

- **l’établissement a pensé et organisé des parcours de patients qui prennent en compte les besoins individuels de chacun, acteur de sa santé ;**
- **chaque personne bénéficie d’une prise en charge, d’une coordination et continuité des soins adaptées à sa situation ;**
- **l’établissement travaille avec les professionnels des structures d’amont et d’aval et plus particulièrement pour préparer la sortie avec les personnes et leur entourage.**

Certains critères de cette thématique ne font pas l’objet d’une fiche de questionnement, du fait de leur caractère particulièrement technique.

Thématique « parcours du patient » -critère 16a

Dispositif d'accueil du patient

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'ACCUEIL DES PATIENTS EST ADAPTE, HUMAIN ET RESPECTUEUX ?

- L'accueil et les locaux sont-ils adaptés aux personnes en fonction de leur handicap (handicap physique, sensoriel, psychique, mental, autisme…) ?
- La signalétique aide-t-elle les usagers à se retrouver ?
- Comment l'arrivée pour une hospitalisation programmée est-elle organisée : l'usager est-il informé en amont, est-il attendu et accueilli… ?
- Concernant l'accueil téléphonique : l'hôpital est-il facile à joindre, les services d'hospitalisation et de consultation aussi ? Les horaires d'ouverture du standard ont-ils une amplitude horaire suffisante ?
- Comment s'organise l'accueil aux urgences ?
- L'accès à l'établissement est-il facilité avec parking, transport en commun… ?
- Les horaires de rendez-vous pour les consultations externes sont respectés et permettent de limiter les attentes ? La satisfaction des usagers est-elle évaluée ?
- L'organisation de l'accueil permet-elle le respect de la confidentialité ?
- Le personnel a-t-il été formé à l'accueil ?
- Le livret d'accueil a-t-il été remis à toute personne hospitalisée ?
- A-t-on expliqué ce qu'est la personne de confiance à toute personne hospitalisée ?
- A-t-on recueilli les directives anticipées des personnes qui les ont rédigées ? Est-on en capacité d'aider les personnes hospitalisées à en rédiger lorsqu'elles en font la demande ?
- S'est-on assuré de la sécurité des biens de la personne hospitalisée ?
- Un entretien est-il programmé au moment de chaque hospitalisation pour indiquer les conditions de prise en charge dans le service et répondre aux questions posées par le patient ?

Points de vigilance

Tous ces éléments sont centraux pour les usagers qui arrivent dans un établissement, ils sont révélateurs de l'attention que l'établissement leur porte. Pour autant, ce sont des éléments qui peuvent être totalement sous-estimés par les professionnels. Le représentant des usagers dans tous ses rapports à l'établissement, notamment téléphoniques, peut déjà repérer un certain nombre de dysfonctionnements.

L'attitude des professionnels est centrale, notamment dans leur manière de se présenter en entrant dans la chambre, par le fait de pouvoir être identifiés sur leur tenue professionnelle (nom et fonction).

Certaines dimensions sont totalement matérielles et pour autant essentielles, par exemple l'existence de coffre dans la chambre du patient, y compris en hôpital de jour, l'affichage des coûts divers tels que le téléphone (entrant, sortant), les tarifs de la télévision ?

La qualité de l'accueil doit être testée à différents moments de la journée.

Thématique « parcours du patient » - critère 17a
Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé

QU'EST-CE QUI ME PERMET DE DIRE QUE L'EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE DU PATIENT EST SYSTEMATIQUEMENT FAITE A SON ARRIVEE DANS LE SERVICE ET REVISEE REGULIEREMENT AFIN DE CONSTRUIRE ET D'ADAPTER LE PROJET DE SOINS PERSONNALISE ?

- L'usager est-il informé de sa maladie, du traitement envisagé ? Donne-t-il son avis comme il le souhaite ?
- L'usager est-il impliqué dans la définition et la mise en place du projet de soins ?
- Le patient est-il informé de son droit d'accès à son dossier ?
- A-t-on demandé au patient ses ordonnances et son traitement personnel ?
- Le patient est-il questionné systématiquement sur la douleur lors de l'entretien initial ?
- Le projet de soins personnalisé est-il systématiquement communiqué au patient ?
- L'usager est-il informé de la possibilité de rencontrer une assistante sociale ?

Points de vigilance

L'évaluation de l'état de santé est une étape essentielle qui permet d'assurer la continuité des soins et qui est un support essentiel d'engagement du partenariat entre la personne soignée et les soignants.
L'élaboration du projet de soins est l'occasion de construire le partenariat entre le patient et les soignants, il permet la prise en compte des difficultés du patient par les professionnels.
Il est difficile pour les représentants des usagers d'interférer avec ce qui relève en grande partie de la clinique. Ceci étant, ce sujet peut et doit être partagé avec les professionnels, notamment pour les sensibiliser à la reconnaissance de l'expérience du patient comme donnée essentielle dans le projet de soins. La valorisation des associations de malade sur ce point apporte une plus-value.

Thématique « parcours du patient » - critère 17b

Prise en charge somatique des patients

QU'EST-CE QUI ME FAIT DIRE QUE L'ETABLISSEMENT REPOND AUX QUESTIONS DE SANTE SOMATIQUE DES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE ?

- Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- Les patients hospitalisés en psychiatrie bénéficient-ils d'un suivi somatique systématique ?
- Comment l'établissement s'est-il organisé pour faciliter l'accès aux soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie ?

Points de vigilance

La question de la prise en charge somatique est centrale pour les malades ayant des troubles psychiques, les associations de malades ou de proches de malades ont mis en exergue depuis plusieurs années les risques liés à l'insuffisance de prise en charge globale des patients. Si les professionnels de la psychiatrie s'organisent aujourd'hui pour assurer des ponts avec une prise en charge somatique, une attention spécifique reste nécessaire sur le sujet et constitue un critère prioritaire pour les établissements psychiatriques.

L'existence d'une équipe soignante somatique ou de vacations (médecins et IDE), intervenant régulièrement auprès des malades psychiques permet de s'assurer d'une prise en charge globale.

Thématique « parcours du patient » - critère 18a
Continuité et coordination de la prise en charge des patients

QU'EST-CE QUI ME FAIT DIRE QUE LA CONTINUITE ET LA COORDINATION DES SOINS SONT ASSUREES POUR LE PATIENT A TOUS LES TEMPS DE SON PARCOURS ?

- Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- Comment l'organisation permet-elle aux personnes hospitalisées et à leurs proches de s'y retrouver et de se sentir sécurisés ?
- Comment l'établissement s'assure-t-il que le dossier de la personne suit les différentes étapes de sa prise en charge ?
- Y a-t-il des difficultés particulières identifiées par le biais des réclamations ?

Points de vigilance

La continuité des soins est un enjeu à toutes les étapes du parcours du patient *a fortiori* au moment où il change de service, de professionnels, d'établissement ou qu'il rentre au domicile. Les patients sont dans l'attente de professionnels « relais » identifiés. Cela se structure également à partir du dossier du patient au moment du transfert, fiche de liaison interservices et CH-SSR-HAD-EHPAD... Le service social est un acteur pour favoriser la continuité des soins.

La continuité des soins à l'issue de l'hospitalisation se construit aussi en donnant les contacts possibles et les coordonnées des personnes à rappeler en cas de besoin.

Thématique « parcours du patient » - critère 18b
Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

QU'EST-CE QUI ME FAIT DIRE QUE L'ETABLISSEMENT EST ORGANISE POUR PRENDRE EN CHARGE RAPIDEMENT LES URGENCES VITALES 24H/24?

- Dans chaque service toutes les procédures d'urgence sont-elles mises en place et les personnels formés ?
- Les coordonnées téléphoniques sont-elles disponibles, à jour et à portée de tous dans tous les services ?

Thématique « parcours du patient » - critère 19c
Risque suicidaire

QU'EST-CE QUI ME FAIT DIRE QUE L'ETABLISSEMENT A MIS EN PLACE DES MESURES POUR IDENTIFIER LES PATIENTS PRESENTANT UN RISQUE SUICIDAIRE ET POUR LES ACCOMPAGNER ?

- Quelles sont les actions positives que l'ES a mises en place sur le sujet ?
- Les professionnels sont-ils formés au repérage de ce risque ?
- Un recours facilité à un psychiatre est-il possible ?
- Quelles sont les mesures qui sont prises pour protéger les patients avec un risque suicidaire ?
- Les proches sont-ils considérés comme des interlocuteurs pouvant donner l'alerte ?

Thématique « parcours du patient » - critère 23a
Éducation thérapeutique du patient

QU'EST-CE QUI ME FAIT DIRE QUE L'ETABLISSEMENT FAVORISE L'ACCES DES PATIENTS A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ?

- Quels sont les patients qui bénéficient d'éducation thérapeutique dans l'établissement ?
  - Des programmes sont-ils prévus pour les personnes rencontrant des difficultés nutritionnelles ?
- Les professionnels sont-ils formés à repérer les besoins des patients et à leur proposer des programmes d'éducation thérapeutique ?
- Après identification de la maladie chronique, quel que soit le secteur d'activités, des modalités d'ETP sont-elles proposées aux patients pour une gestion autonome de leur maladie ?
- Les actions et programmes d'éducation thérapeutiques mises en œuvre dans l'établissement associent-ils des associations de patients ? Si non, pourquoi ?

Points de vigilance

L'éducation thérapeutique est un levier pour permettre aux patients d'être autonome dans la gestion de leur maladie. L'implication des associations concernées est un gage de qualité.

La politique nationale suscite la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique qui peuvent prétendre à des financements auprès de l'agence régionale de santé.

Or, l'éducation thérapeutique ne se résume pas à ces programmes très structurés. Elle peut également faire l'objet d'action d'éducation plus ciblée. Elles sont souvent peu formalisées et du coup non identifiées comme éducation thérapeutique par les professionnels qui les mettent en place. Le dialogue avec les professionnels peut permettre de leur faire prendre conscience de ce qu'ils font de le valoriser et l'améliorer encore.

Thématique « parcours du patient » - critère 24a
Sortie

QU'EST-CE QUI ME FAIT DIRE QUE LES PATIENTS SORTENT DE L'ETABLISSEMENT DANS DE BONNES CONDITIONS ?

- Les projets de sortie sont-ils organisés en associant le patient, les proches, le médecin traitant, voir l'assistante sociale ?
- Le patient et ses proches sont-ils informés dans le détail du plan de soins prévu pour le traitement de sortie : les consultations de suivi, et les coordonnées des professionnels dont ils pourraient avoir besoin ?
- Le médecin généraliste du patient est-il systématiquement prévenu de la sortie de celui-ci, et la disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires pour le retour au domicile est-elle systématiquement anticipée ?
- Des coordonnées de certains professionnels et de membres du réseau ville hôpital sont-elles communiquées au patient afin qu'il puisse, après sa sortie, être aidé dans le suivi de sa maladie ?
- Chaque patient sortant de l'établissement a-t-il une lettre résumant sa prise en charge dans l'ES ?
- Chaque patient sortant de l'établissement sait-il quel professionnel assurera la continuité de sa prise en charge ? et ses coordonnées ?
- Comment est organisée la sortie des patients venus aux urgences et repartant de nuit ?



Points de vigilance

La sortie d'hospitalisation est un moment délicat pour les usagers qui peuvent se montrer inquiets, d'autant que l'articulation entre la ville et les établissements de santé sont des situations à risque de rupture. Certaines situations appellent de la vigilance :

⇒ La sortie des urgences la nuit souvent problématique lorsque les usagers sont arrivés transportés par des pompiers et se retrouvent seuls pour repartir.

⇒ Les sorties en dehors des horaires d'ouverture de la régie qui posent difficulté pour récupérer ses valeurs.

⇒ La chirurgie ambulatoire, pour laquelle l'anticipation de la sortie est une condition cruciale de la réussite.

Parce que le RU n'est pas un professionnel de l'établissement de santé, il est particulièrement légitime à se saisir de cette question et à alerter les professionnels sur les difficultés rencontrées par les patients et leurs proches.

La HAS a développé plusieurs travaux pour améliorer et sécuriser la sortie. Cela a abouti à la mise à disposition d'un référentiel pour le document de sortie, d'une check-list pour la sortie, et à l'évolution de l'indicateur mesurant la continuité des soins à la sortie de l'hôpital.

Rencontrer les experts-visiteurs au moment de la visite de certification

3.1 Qui sont les experts-visiteurs ?

La certification est une évaluation par les pairs. Les experts-visiteurs sont des professionnels en activité ou à la retraite depuis moins de trois ans. Ce sont des médecins, des cadres de santé, des gestionnaires, des responsables qualité ou des gestionnaires de risques. Ils ont une connaissance préalable des enjeux et des méthodes de la qualité. Ils sont formés par la HAS aux méthodes de la certification et effectuent environ 4 visites par an. Les équipes sont généralement composées de 2 à 4 experts-visiteurs. Ils sont plus nombreux pour les établissements de grande taille.

Ils vont s'appuyer sur les éléments contenus dans le compte qualité pour affiner leur questionnement et recueillir des informations dans les interactions qu'ils auront avec les professionnels et les représentants des usagers.

Témoignage d'un expert-visiteur

« En tant qu'expert-visiteur, l'éclairage des RU sur la politique Droits des Patients et Bientraitance et Qualité et Gestion des Risques est nécessaire et non optionnelle. Le dialogue avec les RU impliqués dans l'établissement permet d'emblée de se situer à une distance adaptée, vis-à-vis de la structure. En un temps record, l'EV voit s'éclairer son champ d'investigation et s'ensuit un débat avec les RU sur le « sens » des actions menées et leur finalité.
Seuls les RU pourront aider l'expert-visiteur à être convaincu que la politique mise en place est maîtrisée, voire optimisée. Sans les RU cette appréciation n'est pas possible à mettre en avant car l'EV ne peut, en un laps de temps si court, étayer de telles présomptions.
L'implication des RU permet de renvoyer aux experts-visiteurs et à l'établissement un avis éclairé, indépendant et « au service des usagers » sur la politique de l'établissement vis-à-vis des patients et au sens large.
A l'aube du démarrage de la V 2014, cette appréciation externe, avec le concours des RU, est le gage d'une évaluation externe indépendante et adaptée ».

3.2 Comment procèdent-ils ?

La visite des experts-visiteurs repose désormais principalement sur l'*audit de processus :* l'expert-visiteur investigue le déroulement d'un enchaînement d'actions devant aboutir à un résultat programmé.

Par exemple, un patient vient pour une opération en ambulatoire, le processus se décrit par le circuit du patient de son entrée à la sortie de l'établissement : les formalités d'entrée, l'arrivée et l'accueil dans le service, la préparation avant le bloc, le transport jusqu'au bloc, le passage dans la salle opératoire, le passage en salle de réveil, le retour dans le service, la préparation de la sortie et la sortie.

Il existe également des processus pour toutes les activités : blanchisserie, recrutement, formation…

Les thématiques sont évaluées au moyen de cet audit de processus. L'investigation se fait en deux sens :

- un sens descendant : l'expert-visiteur interroge les responsables du « processus » sur les modalités d'organisation. Puis, il vérifie sur le terrain la mise en œuvre effective de l'organisation et des bonnes pratiques définies en référence à des objectifs de qualité et de sécurité des soins. *Ex : une procédure de recueil des directives anticipées a été définie au niveau de l'établissement ; quand l'expert-visiteur ira à la rencontre des professionnels, il leur demandera comment ils font pour recueillir les directives anticipées et demandera à voir les documents afférents présents dans le service.*
- un sens ascendant : l'expert-visiteur rencontre les professionnels sur le terrain et les interroge sur leurs pratiques ; il part ainsi du terrain pour remonter vers l'organisation ; il peut également suivre un événement, un produit, un service, de son entrée à sa sortie. *Ex : il peut suivre le circuit d'une plainte d'un usager, de son arrivée dans l'établissement, jusqu'à la clôture de son traitement ; il aura ainsi étudié les modalités d'analyses, les modalités d'enquêtes, les modalités de réponses au plaignant et les modalités de prise en compte éventuelle des éléments remontés dans un plan d'action*.

Emblématique de la nouvelle version de la certification, la *méthode du patient-traceur* est mobilisée pour apporter des éléments venant enrichir les audits de processus, selon un sens ascendant. Il s'agit d'une méthode qui permet d'analyser toutes les étapes d'un parcours pour un patient au sein d'un établissement :

- du point de vue de l'équipe qui a en charge le patient au moment de la visite des experts-visiteurs, en s'appuyant sur le dossier du patient pour ce qui est des éléments de preuve à apporter ;
- du point de vue du patient concerné ou de ses proches au cours d'un échange avec lui où il fera part de son expérience.

3.3 A quels moments les représentants des usagers sont-ils impliqués dans la visite ?

Les experts-visiteurs viennent sur place pour une durée qui va de 3 à 5 jours généralement, parfois plus pour les établissements de taille plus importante. Leur programme de visite est envoyé à l'établissement quelques semaines auparavant. Il se structure autour de temps d'échanges entre l'équipe des experts-visiteurs et la gouvernance de l'établissement, la réalisation des audits de processus, la mise en œuvre de la méthode du patient-traceur. La présence des RU est prévue à différents temps de manière obligatoire ou incitative :

- **lors de la séance inaugurale** : la direction et le président de CME se présentent et présentent l'établissement à l'équipe des experts-visiteurs ; ces derniers précisent la manière dont ils vont procéder et échangent avec la direction pour parfaire l'organisation. Dorénavant, la présence des RU lors de la séance inaugurale devient obligatoire ;

Conseil du RU :

Il faut préparer la façon dont on va se présenter et décrire la manière dont le(s) RU se sont impliqué(s) dans la certification : quels sujets ? quelle méthode ? quelle collaboration avec les professionnels ?
Attention, il faut rester sommaire : la séance inaugurale n'est pas le moment d'approfondissement des thématiques, ni de revendication sur quelque sujet que ce soit.

- **lors de la rencontre spécifique entre les RU et un des experts-visiteurs** : la préparation et le déroulement de cette rencontre sont détaillés ci-après ;
- **lors de la rencontre avec le pilote d'un processus**, si le RU a été pilote du processus. Quelques rares établissements ont choisi de placer un RU en copilotage du processus « droit des patients ». Un tel choix implique une présence soutenue dans l'établissement et des interactions régulières avec les professionnels ;
- **lors des bilans journaliers** : il s'agit de temps de rencontres quotidiens qui permettent aux experts-visiteurs de faire le point sur les constats qu'ils ont pu effectuer la veille, recueillir éventuellement des éléments complémentaires et organiser la journée à venir. Ces bilans journaliers se font en présence de la direction et du président de la CME. La HAS propose que la participation des représentants des usagers soit rendue possible ;

Conseil du RU

Il est possible de se montrer proactifs pour participer à ces bilans journaliers et d'en discuter en amont avec la direction. Mais, attention, c'est un engagement qui impose une présence répétée. Par ailleurs, il faut être conscient que le bilan journalier n'est pas un moment où le RU intervient, sauf interpellation directe de la part de la direction ou des experts-visiteurs. En revanche, c'est très intéressant et utile pour la suite.

- **lors de la séance de restitution** : la présence des RU à la séance de restitution est rendue obligatoire. Y participent également les personnes présentes lors de séance inaugurale, complétées de quelques cadres et pilotes de processus. Cette séance est riche d'enseignements sur les forces et les pistes d'amélioration de l'établissement mais ne donne pas lieu à des échanges entre les experts-visiteurs et l'établissement.

Globalement le moment de la visite des experts-visiteurs est un moment fort qui permet également de créer du lien avec l'établissement.

Témoignage d'un RU

« Au moment de la visite, j'ai créé une complicité avec le directeur de l'établissement, qui a accepté que je vienne les 3 jours… complicité et échanges, surtout avec une cadre supérieure de santé, directrice des soins : entre les « conseils » qu'elle me demandait (« voulez-vous lire mon texte, et me dire ce que vous en pensez ? »), mes réponses, et le fait qu'elle en ait tenu compte, et ce qu'elle a pu, elle, m'apprendre sur le « groupe privé » dans lequel l'établissement se trouve. Encore ces jours-ci, nos échanges téléphoniques continuent… ».

3.4 Préparer la rencontre avec les experts-visiteurs

Les experts-visiteurs passent peu de temps dans un établissement et doivent sur une période courte recueillir suffisamment d'éléments pour porter une appréciation sur l'engagement de l'établissement en matière de management de la qualité et de gestion des risques. Il est prévu une heure de rencontre entre les RU et un expert-visiteur au début de la visite.

Cet échange a pour objectif de faire connaître le point de vue des usagers et de fournir des éléments concrets qui contribueront à l'élaboration d'une grille de lecture pour les experts-visiteurs. Forts des éléments énoncés par les RU, les experts-visiteurs pourront ainsi se montrer plus vigilants sur certains aspects.

Il est indispensable de préparer cette rencontre. Si les RU ont participé à l'élaboration du compte qualité, ils ont déjà tous les éléments pour cet entretien, il s'agit ensuite de pouvoir organiser ces éléments pour les transmettre aux experts-visiteurs. En cas de non-participation au compte qualité, il convient alors de prendre connaissance de ce dernier et d'en avoir une lecture critique pour repérer les compléments qui pourraient être apportés aux niveaux des risques et des pistes d'amélioration, voire de ce qui est déjà fait impliquant les RU.

Pour s'assurer que le point de vue des usagers soit pris en compte, il convient de le présenter sous une forme facilement appréhendable par les experts-visiteurs. Il est donc essentiel de cibler les informations qu'ils pourront utiliser car entrant dans le champ des références de la certification. **Par ailleurs, il est préférable de s'accorder entre RU sur la hiérarchisation des messages à faire passer aux experts-visiteurs**. Sur la base du travail réalisé en amont du compte qualité, une synthèse des éléments à partager avec les experts-visiteurs peut être organisée selon trois axes :

- le vécu des usagers de l'établissement via les questionnaires de satisfaction et les réclamations ;
- l'appréciation des RU sur l'engagement de l'établissement en termes de qualité et de sécurité des soins ;
- le rôle reconnu aux RU et les moyens mis à leur disposition pour exercer leur mandat.

Un guide d'entretien ci-après propose une trame de déroulement des échanges entre l'expert-visiteur et les RU. Il s'agit d'une proposition qui peut être largement amendée et recentrée sur quelques points en fonction des attentes de l'expert-visiteur et des points que les RU veulent mettre en exergue.

Les éléments relatifs à la place du représentant des usagers, de son rôle et de ses moyens doivent être impérativement présentés en dernier. Les difficultés pour prendre sa place, ou le plaisir à partager les actions menées peuvent conduire à focaliser l'entretien uniquement autour de ce sujet.



Or la valorisation du point de vue des usagers, leurs motifs de réclamations sont des éléments essentiels à faire valoir par les représentants des usagers. C'est l'assurance que ce soit pris en compte par les experts-visiteurs.

De même, le point de vue des RU sur l'engagement de l'établissement en faveur de la qualité et de la sécurité des soins permet une approche complémentaire et spécifique que les experts-visiteurs n'auront pas nécessairement avec leurs autres interlocuteurs.

Quelques règles de conduite pour l'entretien

1- Avoir préparé la rencontre à l'aide du guide car cela rassure.

2- Avancer des éléments avec tact et mesure.

3- Conserver comme objectif la volonté de faire avancer les choses.

4- Se positionner toujours avec son regard d'usager.

5- Valoriser l'établissement et énoncer ses fragilités.

6- Rappeler ses sources, être factuel.

7- Ne pas hésiter à illustrer ses propos par des situations concrètes.

Guide d'entretien

Les RU, ayant participé à l'élaboration de ce guide, ont pointé quelques points incontournables qui doivent être systématiquement abordés. Ils sont mentionnés par une flèche bleue.

Le vécu des personnes hospitalisées, le respect de leurs droits, la prise en compte de leurs attentes, de leurs préférences	**Les points forts et les points faibles dans la prise en charge des patients, dans le cadre de leur parcours en lien avec les retours positifs et négatifs des usagers.** ➤ *Quelles sont les principales thématiques dans les plaintes et réclamations sur les 6 derniers mois ? Quelle est la qualité des réponses apportées ?* Y a-t-il des services qui sont plus concernés par les plaintes et réclamations ? Lorsque l'établissement dispose d'un service d'urgence, comment est organisée la sortie des urgences la nuit ? **Le respect des droits.** Les problèmes ou non, liés à l'accès au dossier du patient. Qu'en est-il de la désignation de la personne de confiance, de la prise en compte des directives anticipées lorsqu'elles existent ? Les modalités de délivrance de l'information auprès des personnes et de leurs proches sont-elles structurées, efficaces ? Les professionnels sont-ils suffisamment sensibilisés sur le sujet ? ➤ *Quelle est la réalité de la prise en charge de la douleur ?*
La politique qualité de l'établissement	**Les points forts et les points faibles de l'établissement en matière de qualité.** **Les éléments qui permettent l'évaluation de la culture qualité.** ➤ *L'organisation du suivi des recommandations issues de l'analyse de chaque plainte dans les services.* ➤ *L'exploitation réelle des questionnaires de sortie, notamment les parties libres et le questionnaire de satisfaction pour orienter la politique qualité de l'établissement.* **Les modalités mises en place par l'établissement pour assurer le suivi des recommandations et des actions mises en œuvre dans le cadre de ces réclamations.**
La place de représentant des usagers, son action, les moyens qui lui sont dévolus	**La reconnaissance du rôle du RU.** La prise en compte des suggestions des RU par l'établissement. ➤ *L'implication des RU dans la politique « bientraitance ».* Le niveau de connaissance des usagers et du personnel sur l'existence des RU ? Réalité des contacts entre les RU et les soignants ? Les modalités de communication de l'établissement auprès de son personnel et des usagers sur le rôle de la CRUQPC. **Les moyens.** ➤ *L'accès effectif au registre des réclamations par les RU : lettres in extenso + réponse de l'établissement.* Le niveau d'informations des RU sur les dysfonctionnements dans la prise en charge des patients. ➤ *La transparence sur le signalement des événements indésirables.* La participation possible des RU pour la réalisation d'audits ? L'information régulière des RU sur les résultats de ces audits ? Les modalités d'échanges avec les usagers de l'établissement dans le respect du secret médical. La possibilité de circuler dans les services, la connaissance de l'intérieur de l'établissement.

Et après ?

Les politiques publiques convergent aujourd'hui pour faire des RU des acteurs à part entière des démarches d'amélioration continue de la qualité :

- Les évolutions législatives en cours visent à renforcer l'action de la CDU sur les questions de politique de l'établissement en termes de qualité, de sécurité des soins et d'organisation du parcours de soins. La CDU aura une compétence pour donner son avis sur les actions correctives mises en œuvre pour prévenir les événements indésirables graves. Elle bénéficiera en outre d'un pouvoir d'auto-saisine sur tout sujet relatif à la politique de qualité et de sécurité de l'établissement et d'un « véritable droit de suite portant sur les propositions qu'elle a établies, sur les réclamations qu'elle instruit et sur les suites données par l'établissement en cas de survenue d'événements indésirables graves ».

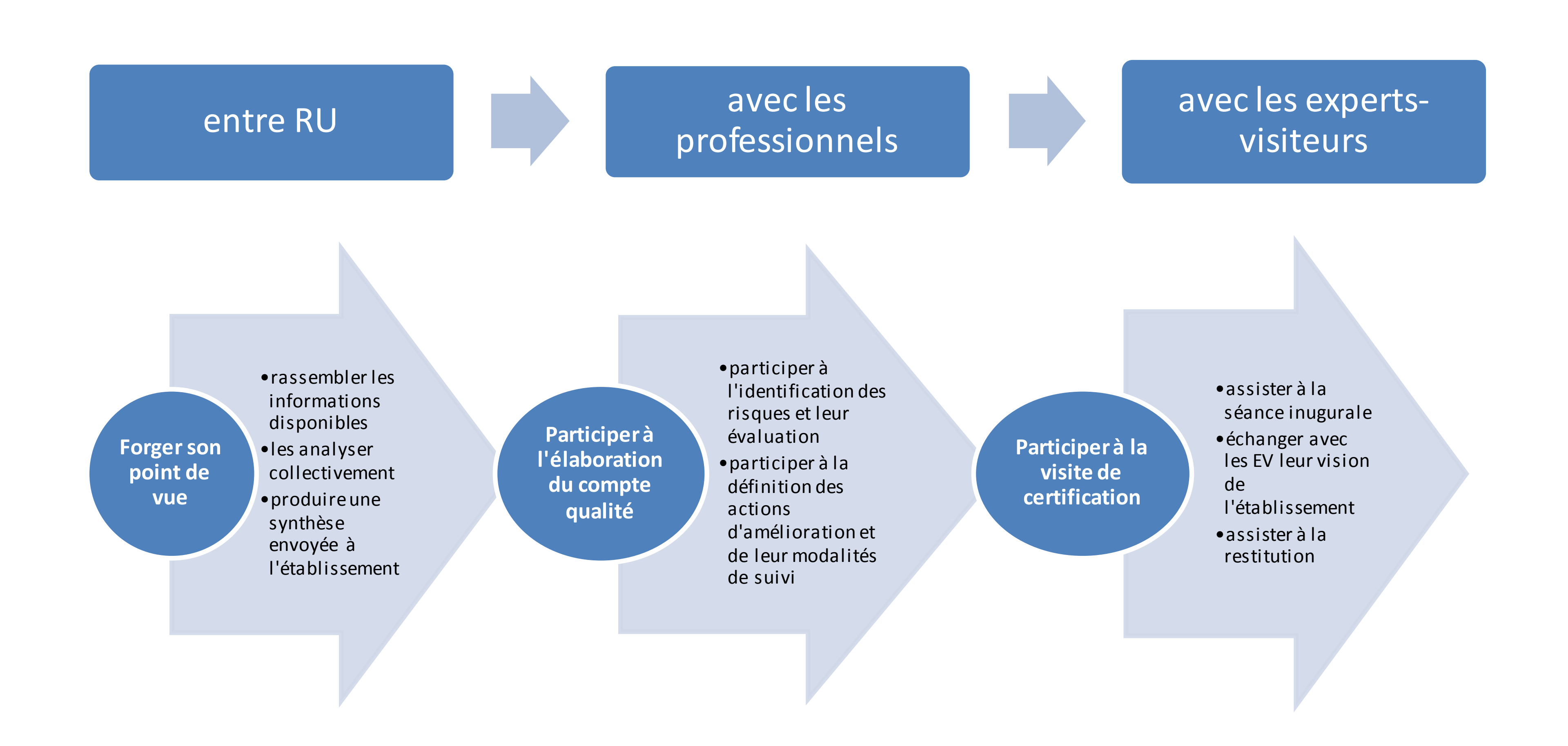
- Le Programme National de sécurité du Patient (PNSP), mis en œuvre pour la période 2013-2017, contient un axe sur le patient acteur de sa sécurité, au sein duquel sont développés des outils à destination des RU. Un outil de dialogue entre les RU et l'établissement sur les questions de qualité et de sécurité des soins sera prochainement publié.

Le présent guide s'inscrit dans ce mouvement de fond. Il a comme objectif premier de soutenir l'implication des RU dans la procédure de certification que ce soit au niveau du compte qualité ou de la visite des experts-visiteurs. Le travail initial s'est structuré autour de la procédure de certification.

Au-delà, il s'inscrit dans l'objectif de faciliter l'implication des RU dans les démarches qualité au quotidien. Le caractère plus continu de la certification, avec un compte qualité tous les 2 ans, devraient faciliter cette implication plus soutenue des RU.

L'invitation est faite aux RU de se saisir pleinement des questions de qualité des soins et de sécurité des patients à l'occasion de l'ensemble de leurs mandats en CRUQPC et dans les autres instances. L'investissement dans la certification est d'autant plus intéressant qu'il s'inscrit dans une participation des RU à la politique qualité des soins et de la prise en charge et sécurité des patients et dans un fonctionnement effectif de la CRUQPC.

La mise à jour du compte qualité tous les 2 ans peut être l'occasion pour les RU de faire un bilan non seulement sur le contenu même du compte qualité mais sur les modalités de collaboration entre RU et professionnels. C'est aussi l'occasion de valoriser ce travail collaboratif quand une approche confiance établie.


Schéma récapitulatif des modalités de participation des RU à la certification
entre RU
avec les professionnels
avec les experts-visiteurs
Forger son point de vue
• rassembler les informations disponibles
• les analyser collectivement
• produire une synthèse envoyée à l'établissement
Participer à l'élaboration du compte qualité
• participer à l'identification des risques et leur évaluation
• participer à la définition des actions d'amélioration et de leur modalités de suivi
Participer à la visite de certification
• assister à la séance inugurale
• échanger avec les EV leur vision de l'établissement
• assister à la restitution

Membres du groupe de travail animé par Véronique Ghadi (HAS)

Philippe Brun, ASSYMCAL / CISS PACA

Micheline Claes, ADMD / CISS

Hélène Djanaeff, Petits frères des Pauvres

Jean-Paul Fallet, ATAIRACM/ CISS bourgogne

Sylvain Fernandez-Curiel, CISS

Gilles Paumier, UFC-Que choisir Pays de la Loire

Philippe Romano, ADMD / CISS

Monique Roy, Le Lien

Martine Séné-bourgeois, Le Lien/CISS

Robert Yvray, Fédération des Associations de Diabètiques de Bourgogne/CISS

Rébéha Benabou, HAS,

Brigitte Le Cossec, HAS

Relecteurs – expérimentateurs du guide

Gérard Abraham, Association des diabétiques de Seine et Marne

Gérard Allard, UFC Que Choisir

Françoise Antonini, CISS

Jeannine Aubinais, La ligue contre le cancer

Sabine de Baudus, Petits frères des pauvres

Nicolas Brun, UNAF/CISS

Mathilde Bruneau, CHIC de Créteil

Maryvonne Bunel, UFC Que choisir

Laetitia Buscoz, BAQIMEHP

Marie Citrini, Respire à cœur

David Cuzin, CH de Rochefort et de la Rochelle

Fabienne Darchen, GH de l'est parisien, AP-HP,

Agnès DELAHAYE WALTER, CHU de Nancy

Arielle Fontaine, HAS

Christelle Gally, clinique Sainte Marthe, Dijon

Gwenn Guichaoua, Polyclinique de l'Atlantique, Saint Herblain

Marie-Odile Hamon, La ligue contre le cancer

Muriel Jakubowski, HAS

Véronique Kornmann, La ligue contre le cancer

Thomas Le Ludec, HAS

Jacqueline Le Neouanic, La ligue contre le cancer

Pascale Masseboeuf, CH de Nevers

Monique Mazard, CHU de Nice

Marie-laure Michon Sarem, CH Robert Morlevat, Semur en Auxois

Yvonnick Morice, HAS

Annie Morin, FNAIR

Vincent Mounic, HAS

Marie-Odile Nault, groupe hospitalier Paris Saint Joseph

Bernard Pavier, UDAF de l'Ain

Denise Pélassy-Tarbouriech, CH Saint Anne

Martine Pelsez, La ligue contre le cancer

Jean-François Pérennou, UFC Que choisir

Marie Raffray, Hôpital Saint Joseph Marseille

Claude Rambaud, CISS,

Daniel Rigault, La ligue contre le cancer

Michel Sabouret, association « réseau santé »

Lilia Soufir, groupe hospitalier Paris Saint Joseph

Michèle Wolf, CHU de Strasbourg

Jean Wils, Hôpital Saint Antoine, APHP



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

© Haute Autorité de Santé Septembre 2015 – N° ISBN 978-2-11-139092-8